Health Care Change Management Associates

Sommaire

Tracadie-Sheila est une collectivité qui fait face à une pénurie de médecins. En raison de la pénurie de médecins de famille, la salle d'urgence est considérée comme le point d'entrée du système de soins de santé de la collectivité; en conséquence, cette dernière a le sentiment d'être menacée de perdre l'accès à un service essentiel. La problématique de l'accès aux services médicaux en zones rurales et éloignées est l'un des problèmes les plus complexes et les plus difficiles de la politique sur les soins de santé et l'on ne devrait pas l'aborder en s'attendant à ce qu'il ne soit jamais « résolu » complètement à la satisfaction de toutes les parties. Le problème provient de ce que bien des gens, y compris les médecins, préfèrent un mode de vie urbain et de ce que les politiques ne peuvent pas changer la nature humaine.

Les politiques peuvent aggraver ou améliorer les problèmes, et plusieurs caractéristiques du système actuel n'arrangent pas les choses. Pour cette raison, progresser nécessitera des initiatives coordonnées sur plusieurs fronts. Il sera également essentiel d'accroître la coopération entre les provinces et les territoires.

Précisément parce que le problème a, jusqu'à présent, tellement résisté aux efforts de nombreuses personnes et organisations dévouées, on manifeste peu d'empressement pour abandonner l'une des stratégies actuelles qui pourraient connaître, à tout le moins, un succès limité dans certaines collectivités. Il y a une égale répugnance à suggérer de jeter un nouveau regard sur les stratégies des « numéros de facturation ». De bien des façons, bien qu'elle soit malheureusement coercitive, une stratégie des « numéros de facturation » et d'accréditation appliquée à l'échelle nationale pourrait constituer la solution la plus efficace et la moins coûteuse. Le fait d'être un mécanisme de gestion adéquat pour diriger les ressources médicales dans les régions où la population en a besoin est un argument qui plaide également en sa faveur. La viabilité légale de cette option, même en incluant des variantes soigneusement conçues de la politique originale de Colombie-Britannique, qui exigeait que les médecins s'installent dans une région spécifique de la province, est cependant loin d'être assurée. Les gouvernements provinciaux et territoriaux seraient imprudents de compter dessus dans un contexte de marché vendeur, car les ressources sont susceptibles de se déplacer dans la région du pays qui équilibre restriction et rémunération.

Pour ce qui concerne les orientations à venir, il semble y avoir trois routes relativement moins fréquentées à essayer. Il y a d'abord et peut-être avant tout, les modifications à apporter aux modèles de financement et d'acquisition de services médicaux qui lieront le financement à la santé de la population plutôt qu'aux fournisseurs et à leurs établissements. Cette option est susceptible de changer radicalement le paysage de la politique médicale, elle serait en harmonie avec la plupart des initiatives de régionalisation les plus récentes des provinces et pourrait compléter les intentions avouées des provinces de « réformer les soins de santé primaires » bien qu'il puisse être politiquement ambitieux de les mettre en œuvre. Il est important de réaliser que la régionalisation a tendance à inciter à la rivalité interrégionale, en particulier dans un contexte de concurrence pour se procurer des ressources peu abondantes. Qui plus est, les questions de standardisation et d'assurance de la qualité peuvent être marginalisées par des considérations d'ordre économique dans un système totalement en dévolution. Deuxièmement, on pourrait recourir davantage au personnel non médical, comme les infirmières praticiennes, travaillant en étroite collaboration avec des médecins installés dans la région. Si l'on devait exploiter à fond cette option, elle nécessiterait

des investissements supplémentaires importants en capacité de formation et des changements importants aux règlements existants. Elle nécessiterait aussi une collaboration interprofessionnelle plus considérable que celle dont nous avons été témoins à ce jour, tant sur le « terrain » que dans les établissements d'enseignement théorique du pays. Et cela aussi promet d'être politiquement difficile. Mais nous savons depuis longtemps que des professionnels de la santé autres que des médecins peuvent faire sans danger la prestation de soins de santé primaires, de façon rentable et satisfaisante pour les patients.

Enfin, on pourrait prendre des mesures généralisées pour recourir aux stratégies liées à l'enseignement, qui affectent les médecins pendant toute la durée de leur carrière, afin d'améliorer le recrutement et le maintien des effectifs, avec ou sans les gouvernements provinciaux et territoriaux. Assigner une responsabilité de gestion pour l'accès aux services de santé en régions rurales et éloignées demeure un enjeu. L'attribution d'une responsabilité nécessitera un changement très important dans les responsabilités au sein du système de soins de santé en place par rapport à la situation actuelle. Centraliser la responsabilité et les ressources chez la seule entité la plus susceptible de traiter les composantes personnelles et professionnelles du problème de la prestation des services d'urgence constitue un point de départ. Les répercussions de ce nouveau modèle sont inconnues, mais les soins pré-hospitaliers en Nouvelle-Écosse constituent un précédent. L'existence d'un organisme central facilitera la nécessité de standardiser la formation, l'assurance de la qualité, la planification des effectifs et la mesure des résultats escomptés.

Toutes ces options nécessitent une sérieuse volonté politique, constante pendant une longue période. Le temps dira si cette volonté politique existe et peut être maintenue pendant la durée des cycles électoraux, et si elle peut résister à des contextes politiques divers (étant donné qu'une approche pancanadienne est essentielle); en effet ce sont là des questions empiriques. Le problème est grave, toutefois il semble être proche du sommet de la pile des crises des politiques en matière de santé. Et bien que la profusion actuelle de stratégies soit meilleure que l'inaction, elle n'a pas empêché le problème de l'accès aux régions rurales et éloignées de devenir un enjeu politique qui s'aggrave. Si l'on veut améliorer l'accès aux régions rurales et éloignées à l'avenir, il faudra faire quelque chose de plus qui soit différent.

Avec l'effectif actuel de médecins, les médecins ruraux des collectivités étudiées, et en particulier de Tracadie-Sheila, Caraquet et Dalhousie, sont incapables de faire la prestation des services d'urgence, des soins aux malades hospitalisés et des soins ambulatoires de façon sécuritaire, et d'offrir des services à leur bureau. Le ministère de la Santé et du Mieux-être, en partenariat avec tous les autres intéressés (fournisseurs de soins de santé, population, dirigeants politiques et responsables administratifs) doivent réexaminer s'ils peuvent continuer d'offrir de façon sécuritaire des services d'urgence 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 dans toutes les collectivités actuellement désignées pour avoir ce service. Nonobstant le problème des services d'urgence, il est évident que le reste des soins de santé primaires est en crise. Les médecins se tiennent sciemment à l'écart des collectivités rurales canadiennes. En plus de leur « ruralité », les collectivités francophones que nous avons étudiées ont des caractéristiques culturelles et linguistiques très particulières qui affectent la capacité de la région à faire concurrence aux autres sur le marché pour se procurer des ressources en soins de santé. Sur le marché vendeur où le Nouveau-Brunswick fait actuellement des appels d'offres pour se procurer des ressources, la réalité économique est que la province ne

sera pas en mesure d'offrir le même niveau de service que les autres régions du pays. Cette situation est fonction d'une disparité économique régionale qui date de la Confédération. Le micro-environnement actuel, dans lequel les régions de la province se font mutuellement concurrence pour se procurer des ressources, en particulier dans les salles d'urgence, a été déstabilisant et nuisible pour la Péninsule acadienne. Une solution immédiate à court terme consisterait à stabiliser l'environnement socio-politique actuel en remédiant à la disparité, au moins au sein de la province, en augmentant de façon spectaculaire la rémunération pour les services ruraux. L'objectif consiste à gagner du temps auprès des intervenants pour opérer les changements structurels nécessaires que nous avons mentionnés plus haut.

Le présent rapport recommande des approches à court et à long termes pour traiter les problèmes. La mise en œuvre de ces recommandations nécessitera de s'éloigner des sentiers battus; toutefois, le statu quo est plus désagréable que l'option de prendre des mesures concrètes.

Table des matières

Contexte	6
Méthodologie	6
Contexte canadien actuel	8
L'effet de la ruralité au Canada	10
Observations	15
Commentaire	36
Recommandations	48
Références	50
Remerciements	51

Contexte

Le 2 juin 2001, un bébé de la région de Tracadie-Sheila dans la Péninsule acadienne est décédé. Une tempête médiatique s'en est suivie, en partie parce que la salle d'urgence la plus proche du domicile du bébé, à l'Hôpital de Tracadie, était fermée car l'hôpital n'était pas parvenu à trouver un médecin pour effectuer la journée de travail de 24 heures, et en partie parce que l'on avait réalisé que la salle d'urgence, ainsi que d'autres comme elle, devrait vraisemblablement fermer à l'avenir pour le même motif. Bien que ce ne fût pas la première fermeture de la salle d'urgence de cet hôpital parce qu'il n'y avait pas de médecin disponible ni la première fois que survenait une fermeture de salle d'urgence au Nouveau-Brunswick pour ce motif, on a porté une attention sans précédent à cet événement, qui a suscité un débat animé au sein du corps médical, des corporations de soins de santé, du gouvernement et de la population. Le coroner examinera les circonstances du décès du bébé. Le présent examen sera consacré aux circonstances qui ont joué un rôle déterminant dans la disponibilité des médecins. Le ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick a demandé à cet analyste de déterminer ce qui suit :

1. **Définir les problèmes de dotation en médecins pour les services des salles d'urgence de l'Hôpital de Tracadie, ainsi que les facteurs qui contribuent à cette situation et leurs éventuelles répercussions sur la qualité des soins.**

2. **Évaluer si les problèmes et les facteurs détectés au point 1 concernent les services des salles d'urgence d'autres hôpitaux du Nouveau-Brunswick.**

3. **Évaluer l'importance mutuelle de chacun de ces facteurs concernant la problématique de la dotation en médecins pour les services de salles d'urgence et leur donner un ordre de priorité.**

Méthodologie

Le 8 juin 2001, Jean Castonguay, sous-ministre adjoint à la Santé et au Mieux-être du Nouveau-Brunswick, a donné un bref aperçu de la situation à l'analyste et, le 12 juin, ce dernier a eu avec lui un échange de vues plus vaste sur les objectifs. À cette même date, l'analyste a commencé les entrevues ainsi que l'analyse des données dans les établissements, de la correspondance, des coupures de presse et des meilleures pratiques dans les autres provinces. Il a rendu visite aux intervenants et aux salles d'urgence des établissements suivants :

Région 7	The Miramichi Hospital	Miramichi
Région 6	Hôpital de Tracadie	Tracadie
	Hôpital de Lamèque	Lamèque
	L'Hôpital de l'Enfant-Jésus Inc.	Caraquet
	Hôpital régional Chaleur à Bathurst	Bathurst
Région 5	Hôpital régional de Campbellton	Campbellton

	Hôpital St. Joseph de Dalhousie	Dalhousie
Région 4	L'Hôtel-Dieu Saint-Joseph de Saint-Quentin	Saint-Quentin
Région 1 (SE)	Le Sackville Memorial Hospital	Sackville
Région 3	Northern Carleton Hospital	Bath

Le ministère de la Santé et du Mieux-être a choisi les établissements. Dans chacun d'eux, on a demandé aux médecins qui assuraient les services d'urgence de rencontrer l'analyste. Le mandat de l'examen (objectifs) avait été diffusé à l'avance. Dans chaque établissement, l'analyste a examiné ce qui suit :

- Nombre de médecins disponibles pour assurer les services d'urgence.
- Nombre de médecins disponibles dans la collectivité.
- Durée de chaque journée de travail en salle d'urgence.
- Nombre de patients vus par catégorie de l'échelle canadienne de triage et de gravité.
- Stratification des médecins de la salle d'urgence en fonction de l'âge.
- Méthode de paiement.
- Recours à des remplaçants.
- Nombre de lits pour malades hospitalisés.
- Service de garde pour les malades hospitalisés
- Profils de l'exercice de la profession en bureau.
- Nombre de patients sans médecin attitré.

L'analyste reconnaît que l'échantillon de population ne semble pas se conformer à une méthode d'échantillonnage statistique stricte. En raison du peu de temps dont nous disposions, l'information est en partie anecdotique. Procéder à une induction statistique importante à partir de cet échantillon pour l'appliquer aux salles d'urgence de la province pourrait ne pas s'avérer valable. Le présent examen visait à obtenir une analyse du contexte, son principal objectif était de déterminer si les circonstances qui avaient provoqué la fermeture de l'Hôpital de Tracadie étaient particulières à cet établissement.

Outre les médecins, l'analyste a interrogé du personnel infirmier des salles d'urgence d'un certain nombre de salles mentionnées, le président-directeur général des Régions 5 et 7, le vice-président des services médicaux des Régions 6, 5 et 7. L'analyste a examiné la correspondance du directeur médical de la Région 4.

Nous avons demandé l'opinion des personnes et organismes suivants : section de la médecine d'urgence de la Société médicale du Nouveau-Brunswick, College of Physicians and Surgeons of Nova Scotia, président de la Société de la médecine rurale du Canada, ancien président de la section des médecins ruraux de l'Ontario Medical Association, directeurs des salles d'urgence du Hants Community Hospital de Windsor en Nouvelle-Écosse, du Valley Regional Hospital de Kentville en Nouvelle-Écosse et du Queen Elizabeth Hospital de Charlottetown à l'Î.-P.-É., directeur du Programme de médecine familiale de la Memorial University of Newfoundland, directeur de l'informatique de la santé de la Dalhousie University à Halifax en Nouvelle-Écosse et ancien président de la section de médecine générale de la Medical Society of Nova Scotia.

Nous avons cité plusieurs publications comme sources de référence : Rapports Barer Stoddart (1991 et 1999), Rapport intérimaire du Conseil du premier ministre sur la qualité des soins de santé, Rapport McKendry, Rapports Scott (Nouvelle-Écosse et Ontario), documents fournis par le ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick, Journal canadien de la médecine d'urgence et American Journal of Emergency Medicine.

Contexte canadien actuel

Le début de l'introduction du Rapport intérimaire du Conseil du premier ministre sur la qualité des soins de santé[1] mentionne ce qui suit : « Le système de santé du Nouveau-Brunswick, comme bon nombre d'autres systèmes au Canada, se heurte à des obstacles qui l'empêchent de continuer de répondre efficacement aux besoins des gens en matière de soins de santé. Les coûts continuent de grimper; de plus, malgré les nombreuses hausses des dépenses consacrées aux soins de santé ces deux dernières années, les Néo-Brunswickois sont toujours aux prises avec un système qui ne répond pas à tous leurs besoins ». Le rapport poursuit en parlant d'« obligation de rendre compte », de « responsabilité » et de « modifications de structure ». Il est intéressant de remarquer que ce thème revient dans toutes les publications que nous avons examinées et qu'il était à vrai dire la « raison d'être » du premier Rapport Barer Stoddart. Il existe une pénurie générale de personnel médical qui génère ainsi un « marché vendeur » pour les éléments essentiels du système de santé : médecins, infirmières, technologues et administrateurs.

Dans leur hâte pour remédier à l'escalade des coûts liés aux soins de santé dans un contexte de dette publique en constante augmentation, les gouvernements ont eu recours à des mesures, comme les contrôles de protection du public et les limites à l'accès aux services, qui ne sont pas parvenues à traiter les problèmes structurels qui provoquent une augmentation des coûts : attentes de la population, mutations technologiques et admission organisée par les médecins. La population s'attend à pouvoir aller à n'importe quel hôpital qui offre des services d'urgence et à avoir accès à un médecin rapidement, gratuitement et à temps pour des problèmes non différenciés. Le système étant entravé par des ressources limitées, il n'est pas surprenant qu'il s'effondre sous une demande illimitée.

Étant donné la croissance de la population canadienne, l'alourdissement de la charge professionnelle des médecins, l'évolution de leur mentalité, le nombre croissant de femmes qui exercent la profession, le nombre de cabinets médicaux fermés et le nombre croissant de collectivités à la recherche de médecins, l'offre actuelle de médecins et en particulier de services médicaux (c.-à-d. les disponibilités réelles) n'est pas suffisante pour satisfaire pleinement les besoins en soins de santé des Canadiennes et Canadiens tels qu'ils sont actuellement définis par le gouvernement.

Avec le vieillissement des effectifs médicaux en place, la diminution du nombre de nouveaux diplômés (qui a commencé en l'an 2000), le niveau constant de l'exode des médecins – avec aucune augmentation du nombre de nouveaux médecins – l'actuelle insuffisance relative du nombre de médecins va s'aggraver à l'avenir. D'ici 2009,[2] le nombre de médecins qui atteindront l'âge de la retraite dépassera celui des nouveaux diplômés – si l'on ne fait rien pour agir sur les facteurs qui déterminent la taille de la réserve de médecins actifs ou pour changer le modèle actuel

qui exige que chaque patient qui se présente en salle d'urgence soit vu par un médecin, le système ne sera pas à même de répondre aux attentes de la population qu'il dessert.

La raréfaction de l'offre en médecins complique les efforts de la province pour venir à bout de la mauvaise répartition des services offerts par les médecins. En dépit d'un certain nombre d'incitatifs et d'initiatives de formation (théoriquement) efficaces qui émanent des ministères – en particulier les récentes initiatives de recrutement lancées par les ministères de la santé, les modèles de médecine de groupe ou les plans optionnels de financement, la médecine rurale continue d'avoir un problème de plus en plus grave de répartition des effectifs médicaux.

Le problème croit non seulement en ampleur mais encore en intensité.[3] Il y a seulement cinq ou six ans, l'insuffisance des services était un problème qui ne concernait que les collectivités rurales et les collectivités éloignées du Nord. Désormais, de nombreuses petites et moyennes collectivités du Sud de l'Ontario connaissent aussi de gros problèmes pour trouver suffisamment de médecins. En octobre 1999, on a constaté que 99 collectivités de l'Ontario ne recevaient pas suffisamment de services et qu'elles recherchaient un total de 534 médecins. Cette situation illustre le contexte ou le marché dans lequel les Néo-Brunswickois font face à la concurrence pour trouver des ressources.

Les efforts de l'Ontario pour assurer une offre et une répartition adéquates des services médicaux se compliquent davantage du fait de la compétence collective. D'après des données sur la charge professionnelle, les périodes d'attente et les pénuries signalées, l'Ontario est actuellement aux prises avec une pénurie importante dans certaines spécialités, dont la chirurgie générale, l'obstétrique et la gynécologie, la pathologie (médecine de laboratoire), l'anesthésiologie, la chirurgie orthopédique, la psychiatrie et la médecine familiale. [4,5]

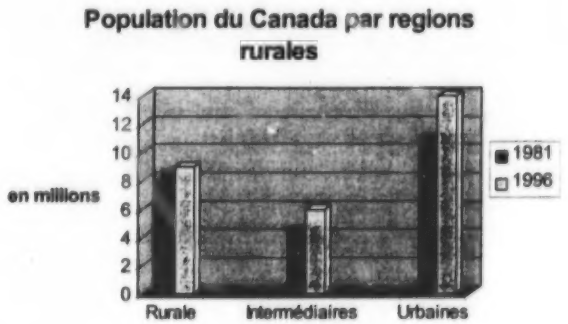
Ce qui attend l'Ontario à l'avenir est la réalité d'aujourd'hui dans les Maritimes. Les raisons de la pénurie varient en fonction de la spécialité. Le manque de contact avec la spécialité pendant les études de médecine, le manque de possibilités de formation de réintégration, la rigidité du système de formation de l'enseignement universitaire supérieur, le désir croissant des médecins de travailler à des heures plus « sociables » et le manque de rémunération pour certains services comptent parmi les facteurs pouvant empêcher de nouveaux médecins de pratiquer certaines spécialités. Voici les éléments qui ont des répercussions sur le type et la quantité de services fournis par les médecins : modèles de pratique, rémunération, migration et disponibilité d'autres fournisseurs et établissements de soins de santé, par exemple les infirmières et les salles d'opération.

Il est extrêmement difficile de faire des projections exactes à long terme de l'offre en médecins, parce que la plupart des facteurs qui ont des répercussions sur cette offre (p. ex. : les comportements individuels des médecins, les politiques des organismes de réglementation) sont souvent imprévisibles ou incontrôlables. La difficulté de prédire les besoins futurs de la société en matière de soins de santé, les changements dans la prestation de ces soins ou les progrès de la technologie, compliquent les efforts de planification. Les écarts entre les bases de données sur les médecins entravent aussi efforts et compliquent la tâche pour déterminer un nombre exact de médecins afin de planifier les effectifs.

L'effet de la ruralité au Canada

Le cadre national de la *ruralité* a été élaboré en se fondant sur la rétroaction des médecins ruraux canadiens à l'enquête réalisée en janvier 1999 par l'Association médicale canadienne sur la pratique de la médecine rurale au Canada.[2] L'objet du cadre ne consiste pas à déterminer si une collectivité est « rurale » ou non, mais plutôt à déterminer, d'un point de vue médical, son degré relatif de *ruralité* par rapport à une norme établie ou par rapport à une autre collectivité. Le Canada rural voit sa population croître d'un demi pour cent par an et ce rythme va s'accélérer avec le départ à la retraite des enfants du baby boom qui se retireront à la campagne d'où nombre d'entre eux proviennent.

Figure I



Les zones rurales constituent 99,8 % des 10 millions de kilomètres carrés du Canada, 31,4 % de la population canadienne, soit en gros 9 millions de personnes, vivent dans des régions principalement rurales. Les villes de moins de 10 000 habitants représentent 22,2 % de la population et néanmoins elles ne sont desservies que par 10,1 % des médecins. Les centres ruraux et régionaux plus importants du pays (de 10 à 100 000 habitants) représentent 15,9 % de la population canadienne et seulement 11,9 % de la réserve des médecins. Éloignés des médecins s'occupant de sous-spécialités et de la haute technologie des grandes villes, les médecins de campagne travaillent en petits groupes dans des milieux nécessitant une vaste gamme d'habiletés cliniques. Probablement encore plus que dans tout autre milieu, les médecins ruraux représentent les idéaux des vrais généralistes, des vrais chirurgiens généraux et des vrais spécialistes en médecine interne générale.[2,6]

À l'aide du Guide d'évaluation des effectifs médicaux élaboré par l'Association médicale canadienne, nous avons déterminé qu'au 1er janvier 1998, la population de base pour le sondage était de 5 531 médecins ruraux en activité et ayant un permis d'exercer (dont 21,7 % étaient des femmes). Le scénario de statu quo prévoit que la population des médecins ruraux en exercice sera à 44,1 % féminine en 2021. Dans ce scénario, le ratio des médecins ruraux par rapport à la population passe de la proportion actuelle d'un médecin pour 1 235 patients à 1 pour 1 887 en 2021. La répartition actuelle des médecins ruraux selon l'âge constitue le déterminant le plus important de cette attrition. Pour dire les choses simplement, les taux de retraite connaîtront une croissance considérable dès 2010 et continueront de croître alors que notre âge médian atteindra 55 ans d'ici 2021.

Conserver le statu quo pour toutes les variables du modèle permet à l'utilisateur d'évaluer l'offre à venir en médecins si le système ne subit pas de changements importants. Le scénario du statu quo laisse prévoir une diminution du nombre de médecins ruraux qui passera de 5 531 en 1998 à 4 529 en 2021 (soit une diminution de 18 %). Le ratio des médecins par millier d'habitants baissera encore davantage, en supposant que la population rurale canadienne continue de se maintenir à 22,2 % de la population totale. On prévoit que le ratio passera de 0,81 médecins pour 1 000 habitants en 1998 à 0,53 d'ici 2021 (soit une diminution de 35 %).[2]

Non seulement il y aura moins de médecins en 2021, mais encore ils seront plus âgés. En 1998, 21,7 % des médecins ruraux avaient plus de 55 ans. On prévoit que ce chiffre passera à 46,6 % d'ici 2021. On prévoit également que, d'ici 2021, les femmes représenteront 44,1 % de la population des médecins ruraux, comparé à 24,6 % en 1998.

Nous avons gardé tels quels les taux de départ en retraite pour tous les groupes d'âge et pour toutes les années jusqu'en 2021, date à laquelle l'attrition causée par les départs à la retraite augmentera pour atteindre 75 % des médecins âgés de 70 ans et plus. Les taux de départs en retraite sans nouvelles initiatives continueront d'être utilisés pour tous les médecins de moins de 69 ans. L'offre en médecins diminue pour atteindre 4 392 en 2021. Il s'agit d'une baisse de 21 % par rapport à 1998. Le ratio de médecins pour 1 000 habitants diminuera, en supposant que la population rurale canadienne continue de se maintenir à 22,2 % de la population totale.

Cependant, appliquer les taux actuels de retraite à un groupe de médecins en activité qui est en pleine mutation démographique se traduit par une attrition accrue. Le nombre de médecins qui prennent leur retraite chaque année augmente considérablement vers 2010 en raison du vieillissement de cette population, et ce nombre augmente pendant toutes les autres années de la projection. Maintenir les variables à leurs taux sans nouvelles initiatives signifie que le seul gain annuel net de médecins que l'on prévoit a lieu de 1999 à 2000. Pour toutes les autres années de ce scénario, on prévoit que l'offre globale en médecins connaîtra une baisse annuelle. Cette offre baisse de 56 775 en 1999 à 52 438 en 2021. Pour ce qui concerne la proportion de médecins par rapport à la population, cela signifie qu'il y aura 1,36 médecin pour 1 000 habitants comparé à 1,82 en 1999 (soit une diminution de 25 %).

En tenant compte des taux actuels de recrutement des médecins ruraux, et avec les inscriptions aux écoles de médecine qui ont augmenté de 10 % depuis 1999, l'attrition diminuera mais le ratio médecin/patient se détériorera pour atteindre 1 pour 1 818 en 2021.

Le Nord de la province du Nouveau-Brunswick est de toute évidence plus rural que le Sud. Pour comprendre l'incidence de cette réalité sur les problèmes liés à la prestation de services à une population désignée comme étant rurale, il est important de comprendre l'association entre la *ruralité* et les aspects financiers de l'offre en médecins ou en travailleurs de la santé.

Les enquêteurs de l'Association médicale canadienne (AMC) ont choisi les dix premiers facteurs des vingt et un facteurs qui définissent le mieux une collectivité comme étant rurale ou éloignée; ils les ont ventilés en quatre facteurs principaux et en six facteurs secondaires. Pour la plupart, ces facteurs principaux et secondaires coïncident avec les affirmations anecdotiques faites par divers groupes. Après avoir isolé ces dix facteurs, l'AMC a calculé la pondération relative de chacun

d'eux en se fondant sur le nombre de mentions que le facteur considéré avait reçu par rapport aux neuf autres facteurs de la structure. Le rapport de l'AMC propose un moyen d'appliquer la structure nationale de *ruralité*.

On peut grossièrement grouper ou catégoriser comme suit les quatre facteurs classés en premier : offre en médecins inadéquate (tant pour les généralistes ou les médecins de famille que pour les spécialistes), distance par rapport aux centres où l'on adresse les patients (soins secondaires et tertiaires), degré de services de garde en tant que fonction de l'intensité de la charge professionnelle et des responsabilités, et absence d'équipement.

Les médecins de famille ont tendance à classer, plus fréquemment que ne le font les spécialistes, les responsabilités du service de garde parmi les trois premiers facteurs (44 % contre 33 %), mais les deux groupes leur ont donné une note très élevée en termes d'importance à la question précédente (86 % et 88 % d'entre eux ont indiqué que ces responsabilités étaient très importantes ou extrêmement importantes). La probabilité de choisir les responsabilités du service de garde parmi les trois premiers facteurs diminuait avec l'âge : près de la moitié (48 %) des médecins qui avaient moins de 35 ans le faisaient, comparé à seulement 19 % de ceux qui avaient 65 ans et plus. En dépit de cette variation, et à l'exception des médecins de 65 ans et plus, plus de 80 % des médecins de chaque groupe d'âge a évalué ces responsabilités comme très ou extrêmement importantes.

Comme pour les évaluations par ordre d'importance, on constatait des différences régionales parmi les personnes interrogées lors de la sélection de leurs trois premiers facteurs. Toutefois, en examinant la note des six facteurs les plus fréquemment cités par région, il devenait évident qu'il y avait beaucoup de similitudes entre les régions et seulement quelques cas particuliers. Par exemple, toutes les régions incluaient les facteurs suivants parmi les six facteurs les plus fréquemment choisis (dans une liste de 21) :

- *responsabilités du service de garde;*
- *durée du déplacement pour se rendre à un centre de soins de deuxième recours;*
- *manque de services de spécialistes;*
- *nombre insuffisant de généralistes ou de médecins de famille;*
- *absence d'équipement comme pour les services de radiologie et de laboratoire (Québec excepté).*

La région de l'Atlantique a fréquemment choisi l'absence de service ambulancier comme étant importante, tandis que la région de la Colombie-Britannique (y compris les Territoires du Nord-Ouest) mentionnait le manque de remplaçants. Trois régions (le Québec, l'Ontario et les Prairies) incluaient le temps pour se rendre dans les centres de soins tertiaires, mais le Québec était la seule région à mettre une circonscription hospitalière peu peuplée au nombre des six facteurs les plus fréquemment choisis.

Plus des deux tiers des personnes interrogées ont évalué l'absence d'équipement comme l'équipement pour les services de radiologie et de laboratoire (69 %) et la difficulté à obtenir des remplaçants (66 %) comme étant également importantes. Il ne semblait pas y avoir de différences importantes dans la façon dont les médecins répondaient aux questions selon leur sexe, la classe de

leur accréditation (généraliste, médecin de famille ou spécialiste) ou leur âge, bien qu'il faille effectuer des analyses plus détaillées pour vérifier ce point dans une optique statistique. Voici, en résumé, les facteurs qui définissent la ruralité :

Facteurs importants :

- haut niveau de responsabilités du service de garde;
- durée du transfert des patients à un centre de soins de deuxième recours;
- manque de services de spécialistes;
- nombre insuffisant de généralistes ou de médecins de famille.

Facteurs secondaires :

- durée du transfert des patients à un centre de soins tertiaires;
- absence d'équipement comme l'équipement pour les services de radiologie et de laboratoire;
- difficulté à se procurer des remplaçants;
- absence de service d'ambulance;
- impossibilité de fournir des services comme des services d'obstétrique et de chirurgie générale;
- circonscription hospitalière dont la population est dispersée.

Il est important d'examiner les pressions sur l'évolution des effectifs et leurs répercussions sur l'offre en médecins au Canada.

Nombre total

Le tableau I indique le nombre total de médecins ruraux qui sont partis des zones rurales de 1994 à 1997 :

Tableau I

Année	1994	1995	1996	1997
Nombre de médecins partis	85	79	67	66

Sexe

Le tableau II indique la répartition par sexe et par année des médecins ruraux qui ont quitté les zones rurales de 1994 à 1997 :

Tableau II

Année	1994	1995	1996	1997
Pourcentage d'hommes	80 %	84 %	84 %	77 %
Pourcentage de femmes	20 %	16 %	16 %	23 %

Âge

Contrairement à la répartition par sexe, l'âge des médecins qui quittent les zones rurales n'est pas uniforme; ce sont de plus grandes proportions de plus jeunes médecins qui émigrent. Dans le Guide d'évaluation des effectifs médicaux, la répartition par âge des médecins ruraux qui émigrent se fonde sur la moyenne de 1994 à 1997, il s'agit de la répartition, par âge et par grandes catégories de spécialités, de tous les médecins qui ont quitté le Canada rural; ces données sont demeurées constantes pour chaque année de la projection.

Sexe

Les données démographiques concernant les médecins qui ont suivi une formation chaque année sont publiées sur le fichier maître de l'AMC par données du Système informatisé sur les stagiaires post-M.D. en formation clinique et par codes postaux, et peuvent être analysées dans le temps. Le tableau III indique la répartition des sexes, par grandes catégories de spécialité, de la cohorte nationale d'entrée dans la pratique pendant les six dernières années.

Tableau III

Année	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Médecine familiale pourcentage de femmes	46 %	50 %	51 %	50 %	53 %	53 %
Médecins spécialistes pourcentage de femmes	35 %	39 %	39 %	42 %	44 %	43 %
Chirurgiens spécialistes pourcentage de femmes	26 %	23 %	23 %	33 %	26 %	28 %

En 1998, les répartitions par sexe et par grandes catégories de spécialités, pour la partie de la cohorte qui s'était établie au Canada rural, se composait de 50 % de femmes pour la médecine familiale, de 40 % de femmes pour les médecins spécialistes et de 38 % de femmes pour les chirurgiens spécialistes.

Pour calculer les ratios entre médecins et population pour les années à venir, le modèle pour la présentation utilise des projections de population provenant d'une publication de Statistique Canada intitulée *Projections démographiques pour le Canada, les provinces et les territoires, 1993-2016,* publiée en décembre 1994. Comme la publication n'indique que des projections pour le Canada dans son ensemble, il faut évaluer la population rurale. En 1996, la population rurale du Canada représentait 22,2 % de la population totale. Pour obtenir une évaluation de la population rurale, le Guide d'évaluation des effectifs médicaux utilise des projections pour le Canada et évalue la population rurale à 22,2 % de la population totale escomptée.

Tous les scénarios créés à l'aide du Guide d'évaluation des effectifs médicaux sont considérés comme raisonnables, car ils ne sont pas basés sans précédent sur des tendances antérieures du flux de médecins. Tous les scénarios de l'offre en médecins dans les régions rurales et éloignées du Canada laissent prévoir une diminution annuelle du ratio entre les médecins et la population jusqu'en 2021.

Nous avons maintenu constant le pourcentage de population vivant en régions rurales et éloignées (22,2 %) dans tous les scénarios pour le Canada rural, ainsi que pendant toute la durée des projections (1998-2021); ce pourcentage pourrait en fait changer avec le temps, auquel cas les ratios entre médecins et population varieraient également.

Tous les scénarios modifient une seule hypothèse par rapport au statu quo pour le Canada rural. C'est le changement minimum que l'on effectuerait; dans la réalité, plus d'une variable est susceptible de changer au cours de toute année donnée. Le modèle n'est pas conçu pour donner une projection de l'avenir le plus probable, il est plutôt conçu pour analyser le changement de variables particulières.

Le Nord de la province du Nouveau-Brunswick a une population rurale très importante. En combinant cette observation avec les facteurs importants et secondaires qui affectent la capacité de conserver et de recruter des médecins, l'environnement observé dans les neuf établissements examinés a-t-il certaines caractéristiques communes et quel rapport cela a-t-il avec la fermeture des salles d'urgence?

Observations

Le Nord du Nouveau-Brunswick avec son importante communauté francophone, est un secteur géographique, culturel et linguistique particulier du Nouveau-Brunswick et du Canada. Tout modèle utilisé pour traiter les problèmes d'effectifs médicaux dans ce secteur fera du tort, tant aux fournisseurs de services qu'aux bénéficiaires, s'il ne tient pas compte de la réalité culturelle et linguistique. L'analyste a été impressionné par l'homogénéité culturelle du secteur et la mesure dans laquelle les intervenants professionnels sont à l'aise pour travailler dans la deuxième langue officielle du Canada. Il était évident pour l'analyste que le personnel des deux établissements majoritairement anglophones étudiés, à savoir le Sackville Memorial Hospital et le Northern Carleton Hospital, ne reconnaissent pas l'importance du problème culturel en matière de recrutement et de maintien du personnel soignant. Nous ignorons si d'autres régions partagent cette opinion.

Hôpital de Tracadie

Situé dans la ville de Tracadie, cet établissement offre des soins primaires et secondaires à près de 15 000 patients. La région de Tracadie-Sheila est une vaste collectivité dont le territoire déborde sur la Région 7. Des résidants d'aussi loin que Neguac, Allardville et Lamèque ont tendance à utiliser l'Hôpital de Tracadie pour obtenir des services primaires et secondaires. La Région 6 a une population maximale autorisée de 343 lits, y compris les lits pour le traitement des alcooliques et la désintoxication; elle dessert une population totale de 82 446 résidants, soit 11 % de la population du Nouveau-Brunswick. L'Hôpital de Tracadie compte 59 lits.

À l'heure actuelle, neuf médecins sont officiellement résidents à Tracadie-Sheila. Selon les calculs du ministère de la Santé et du Mieux-être (MSME), cela représente 9,5 équivalents temps plein (ETP) de médecins. Malheureusement, plutôt que d'employer d'autres variables explicatives de la productivité des médecins qui soient plus fiables, le ministère de la Santé et du Mieux-être utilise

les factures brutes adressées à l'Assurance-maladie comme méthode de calcul des ETP (pratique utilisée dans d'autres provinces et territoires canadiens mais qui perd rapidement la cote). Par exemple, un médecin qui exerce sa profession exclusivement en bureau peut voir une population asymétrique de « jeunes personnes bien portantes » et facturer facilement le quotient d'ETP à l'Assurance-maladie, alors qu'un autre médecin qui voit des patients âgés et malades et qui a un nombre important de malades hospitalisés, peut ne jamais atteindre le volume cible de facturation d'un ETP – mais chacun d'eux pourrait travailler le même nombre d'heures. Cela vaut tout particulièrement pour les médecins jeunes et inexpérimentés.

À Tracadie-Sheila, seuls 6,5 ETP de médecins sur les 9,5 de l'établissement sont disponibles pour s'occuper de la salle d'urgence, de la population hospitalisée et des patients du service des consultations externes. Selon le ratio médecin-patient recommandé par le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC), la population desservie par la Région 6 (environ 50 000 personnes) nécessite de 60 à 70 médecins de famille. À l'heure actuelle, il y a 61,69 ETP de médecins mentionnés sur la liste du ministère de la Santé et du Mieux-être et pas tous sont en mesure de prodiguer des soins complets de médecine générale. L'analyste s'inquiète de l'existence d'un certain nombre de régions dont les populations de patients présentent des chevauchements importants. Les gens ont tendance à « magasiner » pour trouver l'accès aux soins le plus rapide, plutôt que de rester sur la liste d'un médecin ou d'un établissement. Il est difficile de déterminer le « bon » ratio médecin-patient, à moins que les patients soient mis sur des listes. Mis à part le temps consacré à « s'occuper » de la salle d'urgence, les médecins sont libres de passer autant ou aussi peu de temps qu'ils veulent dans leur bureau, à l'hôpital avec des patients hospitalisés ou dans des unités de soins ambulatoires. Certains médecins peuvent voir six personnes à l'heure, alors que d'autres nécessitent plus de temps avec les patients. Cela vaut tout particulièrement pour les médecins plus jeunes, qui ont récemment suivi une formation.

Une étude financée par Santé Canada en 1999 prévoyait que notre offre globale en médecins diminuera en passant de 56 775 en 1999 à 52 438 en 2021. Pour ce qui concerne la population, cela signifie que le ratio chutera de 1,82 médecin pour 1 000 personnes en 1999 à 1,39 en 2021 (soit une baisse de 24 %).

Tableau IV

Données démographiques de Statistique Canada (1998)

Province	Population	Populat. rurale	% de population rurale	Total généralistes	Population rurale de généralistes	% de généralis-tes ruraux	Population urbaine de généralistes	Populat. rurale par gén.
Totalité	28 846 761	6 396 906	22,2 %	28 983	4 775	16,5 %	927	1 340
Terre-Neuve	551 792	306 924	55,6 %	579	254	43,9 %	753	1 208
Î.-P.-É.	134 557	61 332	45,6 %	93	31	33,3 %	1 181	1 978
Nouvelle-Écosse	909 282	351 668	38,7 %	956	299	31,3 %	849	1 176
Nouveau-Brunswick	**738 133**	**357 984**	**48,5 %**	**692**	**243**	**35,1 %**	**847**	**1 473**
Québec	7 138 795	1 595 735	22,4 %	7 579	1 328	17,5 %	887	1 202
Ontario	10 753 573	1 596 138	14,8 %	10 215	1 022	10,0 %	996	1 562
Manitoba	1 113 898	371 338	33,3 %	1 064	306	28,8 %	980	1 214
Saskatchewan	990 237	428 565	43,3 %	872	230	26,4 %	875	1 863
Alberta	2 696 826	694 474	25,8 %	2 453	476	19,4 %	1 013	1 459
Colombie-Britannique	3 724 500	576 663	15,5 %	4 396	567	2,9 %	1822	1 017
Yukon	30 766	8 958	29,1 %	43	8	18,6 %	623	1 120
Territoires du Nord-Ouest	64 404	47 127	73,2 %	41	11	26,8 %	576	4 284

Tableau V

Nombre de généralistes et de médecins de famille ruraux par région et par année

Nombres de généralistes et de médecins de famille ruraux par région et par année					
Province	**1994**	**1995**	**1996**	**1997**	**1998**
Terre-Neuve	328	304	297	288	221
Nouvelle-Écosse	293	272	258	251	254
I.-P.-É.	39	37	32	35	33
Nouveau-Brunswick *	**200**	**170**	**174**	**156**	**122**
Québec	1 294	1 264	1 233	1 226	1 202
Ontario	1 168	1 129	1 042	1 030	1 060
Manitoba	227	223	218	212	213
Saskatchewan	271	273	249	224	227
Alberta	442	398	357	329	292
Colombie-Britannique	576	527	484	496	490
Yukon	7	7	17	7	8
Territoires du Nord-Ouest	23	19	6	19	13
Totaux (zones rurales)	**4 868**	**4 623**	**4 367**	**4 273**	**4 135**
Totaux (zones urbaines)	**25 854**	**25 165**	**24 859**	**24 583**	**24 848**

Le tableau V expose les problèmes d'échantillonnage de la planification des effectifs médicaux. Le découpage pour la définition des zones rurales pour Statistique Canada, consistait en une population de 10 000 personnes, d'après les codes postaux des adresses et dans les limites d'un comté. La méthodologie a changé de 1994 à 1997, ce qui donne des chiffres erronés. Se contenter d'accroître le bassin de population ne définit pas dans les faits les critères pour qu'une collectivité soit rurale.

Les modèles statistiques prédisent une diminution du nombre de médecins ruraux de 5 531 au début des années 1990 à 4 529 en 2021. Le ratio de médecins par millier d'habitants, de déjà faible qu'il était en 1999, soit 0,79 pour 1 000, passera à 0,53 d'ici 2021 (soit une diminution de 33 %). Avec 9,5 ETP pour 15 000 patients, Tracadie-Sheila a un ratio de 1 pour 1 578, ce qui est sensiblement supérieur à ce qui est mentionné au tableau V. Le récent départ en retraite sans remplaçant de deux médecins établis depuis longtemps dans la région de Tracadie-Sheila complique les choses. De façon anecdotique, quelques 10 000 patients n'ont pas de médecin attitré. Ces patients se présentent à la salle d'urgence pour recevoir des soins primaires en apportant leur dossier personnel. Cette situation est inacceptable et présente, pour les fournisseurs de soins, des possibilités importantes de contestations judiciaires sur le plan médical, parce que la continuité des soins n'est pas garantie. Il est peu probable qu'il y ait 10 000 patients sans médecin attitré, étant donné que le bassin de population est mentionné comme étant de 15 000 personnes.

Les règlements administratifs de la Région 6 exigent que les médecins qui ont des droits hospitaliers assurent les services d'urgence de l'Hôpital de Tracadie. À l'heure actuelle, 6,5 des 9,5 ETP de médecins le font, 3 d'entre eux ne le font pas pour raison de santé ou à cause de leur âge. Il est intéressant de remarquer l'âge ou le sexe. Deux médecins de sexe masculin ont

respectivement 56 et 66 ans et ne s'occupent pas de la salle d'urgence. Ils représentent 2,67 des 9,5 ETP de médecins. Des 6,5 ETP restants, 6 sont des femmes, dont l'une travaille en ce moment moins qu'à mi-temps (elle n'est pas mentionnée dans les chiffres officiels du ministère de la Santé et du Mieux-être) et l'une de ces femmes est mariée au seul autre médecin de sexe masculin restant. La moyenne d'âge des 6,5 ETP de médecins qui assurent les services d'urgence est de 34 ans. Un médecin de 29 ans déséquilibre cette moyenne.

La charge professionnelle des médecins est un prédicteur d'épuisement professionnel. La salle d'urgence traite 41 869 patients (chiffres de 1999 du ministère de la Santé et du Mieux-être). Les chiffres de l'Hôpital de Tracadie diffèrent sensiblement de ceux du Ministère : ils indiquent un total de 42 028 visites pour l'année 2000-2001, dont 31 107 ont été décrétées par triage comme étant des urgences et 10 021 comme des consultations externes (cliniques de spécialité et patients ayant un rendez-vous). L'Hôpital de Tracadie n'a pas pu fournir les données de 1999-2000 aux fins de comparaison (tableau VI). Étant donné que le total sur douze mois varie de moins d'un pour cent, l'analyste est prêt à accepter cette variance. L'analyste a remarqué que d'autres établissements séparaient les patients de l'urgence de ceux qui avaient un rendez-vous, cependant les chiffres du ministère de la Santé et du Mieux-être semblent mentionner la totalité des deux groupes comme des visites à l'urgence.

Tableau VI

Visites 2000-2001 à l'urgence de l'Hôpital de Tracadie

ÉTG	Nombre	Pourcentage
I	19	0,06
II	263	0,80
III	3 883	12,5
IV	11 343	36,5
V	15 599	50,1
	31 107	100

Le travail effectué par l'Association canadienne des médecins d'urgence et l'American Association of Emergency Room Physicians, à l'aide des données de l'échelle canadienne de triage et de gravité (ÉTG niveau I, le patient nécessite une attention immédiate, niveau V, le patient peut attendre deux heures sans danger) et l'échelle australienne de triage, valident les mesures de la charge professionnelle des médecins qui exercent en salle d'urgence. La formule utilise des données compilées à partir de l'échelle canadienne de triage et de gravité. Seuls deux établissements étudiés ont pu fournir des données de l'échelle canadienne de triage et de gravité à l'analyste : le Sackville Memorial Hospital et le Northern Carleton Hospital. À l'aide de la durée moyenne que chaque médecin consacre par catégorie de triage en termes relatifs, on peut calculer la charge professionnelle pour chaque patient en utilisant la méthode de catégorisation des patients de l'échelle canadienne de triage et de gravité. Nous avons comparé les données de l'Hôpital de Tracadie avec celles des autres hôpitaux qui disposaient de données de l'échelle canadienne de triage et de gravité. Par exemple, l'Hôpital de l'Enfant Jésus Inc. de Caraquet a un niveau moindre

de cas graves, tandis que les données de l'Hôpital régional de Bathurst indiquent des formes de gravité similaires à celles que nous avons vues dans les hôpitaux régionaux du Sud de la province.

Tableau VII
Visites 2000-2001 à l'urgence de l'Hôpital régional de Bathurst

ETG	Nombre	Pourcentage
I	112	0,24
II	1 217	2,61
III	8 779	18,90
IV	20 573	44,28
V	15 779	34,05
	46 460	100

Tableau VIII

Visites 2000-2001 à l'urgence du Miramichi Hospital

ETG	Nombre	Pourcentage
I	38	0,09
II	306	0,73
III	7 625	18,31
IV	14 375	34,52
V	19 290	46,34
	41 634	100

La plupart des salles d'urgence qui traitent plus de 30 000 visites par an, voient 10 à 20 % de leurs patients entre minuit et 8 heures. Ces patients ont tendance à être plus malades et à demander une interaction plus intensive des médecins et du personnel infirmier. À l'Hôpital de Tracadie, 8 % des visites ont lieu entre minuit et 8 heures. En Ontario, le nombre moyen de patients à l'heure est fondé sur les données de l'échelle canadienne de triage et de gravité. Dans cette province, un hôpital qui dessert de 20 à 35 000 patients en salle d'urgence, voit une moyenne de 4,3 patients à l'heure. Étant donné la combinaison des âges et le nombre de patients qui n'ont pas de médecin attitré dans la région de Tracadie-Sheila, par comparaison avec la population de référence de l'Ontario, il est raisonnable de croire que 4,3 patients à l'heure est probablement un trop grand nombre et que ce nombre devrait être proche de 3,7.

La salle d'urgence de l'Hôpital de Tracadie traite une moyenne de 85 patients par jour et, sur la base de la charge professionnelle (85 patients à raison de 3,7 à l'heure), nécessite de 19 à 22 heures de travail par médecin. Il est donc raisonnable de conclure que cette charge de travail nécessite d'avoir un médecin à temps plein à l'hôpital. Vu ce nombre de patients, il n'est pas raisonnable et il est mauvais de s'attendre à ce que les médecins assurent les services d'urgence à partir de leur bureau.

Le ministère de la Santé et du Mieux-être a instauré une semaine moyenne de travail pour les médecins salariés. L'analyste a été notamment informé que les trois médecins salariés de Lamèque et le seul médecin salarié de Saint-Quentin sont payés pour 37,5 heures de travail par semaine, avec une formation et des congés payés. Ces faits étaient corroborés par des renseignements officiels émanant du ministère de la Santé et du Mieux-être. En acceptant qu'un horaire de 37,5 à 40 heures par semaine constitue la référence à utiliser, les données sur la charge professionnelle indiquent que les médecins doivent travailler plus de 37,5 heures par semaine pour satisfaire à toutes les exigences de l'exercice de leur métier dans la région de Tracadie-Sheila, comme le montre la figure 2 :

Figure 2

6,5 ETP de médecins x 37,5 heures	=	**245 heures par semaine**
Services d'urgence 24 heures x 7 jours	=	168 heures par semaine
39 malades hospitalisés @ 15 minutes/jour	=	68 heures par semaine*
Unité de soins ambulatoires	=	18 heures par semaine
TOTAL		**254 heures par semaine**
Temps disponible pour les patients vus au bureau, les appels de l'Extra-mural, la gestion de bureau, le travail de comité, etc.	-	**9 heures par semaine**

* Les médecins mentionnent qu'ils consacrent plus de temps à s'occuper des malades hospitalisés, étant donné que bon nombre d'entre eux leur sont inconnus (ne sont pas leurs patients attitrés).

La figure qui précède illustre le fait que les médecins de Tracadie-Sheila ne sont pas en mesure de répondre aux exigences du travail de bureau étant donné qu'il leur incombe d'assurer des services d'urgence à l'hôpital, ainsi qu'ils en ont reçu le mandat aux termes du Règlement 6(3) du Réseau de santé NOR'EST.

Les médecins qui exercent à l'Hôpital de Tracadie sont rémunérés par l'Assurance-maladie grâce au système d'honoraires à l'acte, tant pour le travail en salle d'urgence qu'au bureau, sauf de minuit à 8 heures où ils reçoivent 400 $ en plus des honoraires à l'acte. La figure 3 indique les options de paiement.

Figure 3

ÉTABLISSEMENTS	OPTION 3A	OPTION 3B	OPTION 3C	DATE D'EFFET
Sackville		X		1er août 1997
St. Stephen			X	1er août 1997
Sussex			X	1er août 1997
Woodstock	X			14 juillet 1997
Oromocto	X			14 juillet 1997
Perth		X		14 juillet 1997
Grand-Sault	X			1er août 1997
Dalhousie	X			14 juillet 1997
Caraquet	X			14 juillet 1997
Tracadie	X			14 juillet 1997
Ste-Anne-de-Kent	X			14 juillet 1997
Bath	X			14 juillet 1997
Minto		X		14 juillet 1997
Plaster Rock		X		14 juillet 1997
Saint-Quentin		X		1er août 1997

Pour toutes les options, la journée de travail de minuit à 8 heures est payée 400 $. Ce montant est payable à un médecin par établissement et par nuit.

Option 3A : Tous les services de 8 heures à minuit sont facturés seulement à l'acte. De minuit à 8 heures, le paiement est de 400 $ plus les honoraires à l'acte.

Option 3B : On paie des honoraires de 80 $ de l'heure pour les services rendus de 18 heures à minuit pendant les journées normales de travail. Tous les services de 8 heures à 18 heures sont payés à l'acte. On paie des honoraires de 80 $ de l'heure pour les horaires de 8 heures à minuit les jours fériés et les fins de semaine. Le paiement de minuit à 8 heures est de 400 $, plus les honoraires à l'acte. Le médecin doit être sur place.

Option 3C : On paie des honoraires de 80 $ de l'heure pour les services rendus de 18 heures à minuit, sept jours sur sept. La journée de travail de 8 heures à 18 heures sera payée à l'acte. Le paiement de minuit à 8 heures est de 400 $, plus les honoraires à l'acte. Le médecin doit être sur place.

Remarques

1. La Région 3 a obtenu trois heures de plus par jour du 1er août au 30 septembre 2000 pour tenter de diminuer la période d'attente à l'urgence.
2. L'urgence de la Région 2 (Hôpital régional de Saint-Jean) a obtenu deux heures de plus par jour à compter du 12 avril 2000 et jusqu'à ce que les postes vacants de généralistes soient comblés.
3. Minto a obtenu un traitement spécial pour sa salle d'urgence, car aucun généraliste ne voulait assurer les services d'urgence dans cet hôpital – ils sont payés 80 $ de l'heure.

Une visite ordinaire au bureau d'un médecin rapporte environ 22 $ par patient alors qu'une visite habituelle en salle d'urgence en semaine rapporte 13 $. Pour chaque patient vu en salle d'urgence, le médecin perd 9 $ tandis que les frais de son bureau continuent de courir. Pour les médecins qui ne travaillent qu'à l'urgence, on peut soutenir qu'une visite au service d'urgence ne provoque pas de dépenses, à l'exception des frais de facturation pro forma. Cependant, dans des collectivités

comme Tracadie-Sheila, les médecins ont des frais de bureau qui courent et, jusqu'à tout récemment, la Région 5 exigeait de chaque médecin qui demandait des droits hospitaliers pour travailler en salle d'urgence d'avoir un bureau. Cette mesure s'est avérée être un important facteur de dissuasion pour les médecins qui s'intéressaient principalement à la médecine d'urgence. Le tableau IX indique la réalité sur le plan fiscal dans les trois établissements étudiés. C'est l'attirance envers les cliniques sans rendez-vous : un médecin qui travaille dans ce cadre peut gagner deux fois plus à l'heure qu'un médecin qui travaille dans une salle d'urgence en région rurale, et il voit des clients moins exigeants.

Tableau IX (Tracadie-Sheila) 1999-2000

Médecin	Facturation brute à l'Assurance-maladie	Service de garde à l'urgence	Code d'honoraires de la salle d'urgence	Recettes brutes (salle d'urgence)	Recettes (bureau)	Frais généraux de bureau (40 %)	Recettes nettes du bureau (- frais généraux)
1	198 045 $	2 400 $	9 951 $	12 351 $	185 694 $	74 278 $	111 416 $
2	211 939 $	0	0	0	211 939 $	84 776 $	127 163 $
3	157 182 $	10 400 $	52 465 $	62 865 $	94 317 $	37 727 $	56 590 $
4	169 238 $	1 400 $	51 481$	52 881 $	116 357 $	46 543 $	69 814 $
5	182 765 $	10 400 $	44 469 $	54 869 $	127 896 $	51 158 $	76 738 $
6	212 842 $	42 000 $	74 382 $	116 382 $	96 460 $	38 584 $	57 876 $
7	158 789 $	16 000 $	47 843 $	63 843 $	94 946 $	38 584 $	56 362 $
8	183 524 $	10 800 $	61 518 $	72 318 $	111 206 $	37 978 $	73 228 $
9	184 457 $	12 800 $	57 527 $	70 327 $	114 130 $	44 482 $	69 648 $
10	14 283 $	2 000 $	12 283 $	14 283 $	0	0	0
11	Remplaçant	400 $	2 264 $	2 664 $	0	0	0
12	15 830 $	2 800 $	7 124 $	9 924 $	0	0	0
13	Remplaçant	800 $	0	800 $	0	0	0
14	Remplaçant	800 $	0	800 $	0	0	0
15	136 260 $	10 400 $	42 173 $	52 573 $	83 687 $	33 474 $	50 213 $
16	Remplaçant	800 $	2 186 $	2 986 $	0	0	0
17	Remplaçant	400 $	0	400 $	0	0	0
18	Remplaçant	2 400 $	0	2 400 $	0	0	0
19	Remplaçant	2 800 $	3 587 $	6 387 $	0	0	0
20	Remplaçant	800 $	0	800 $	0	0	0
21	Remplaçant	800 $	3 260 $	4 060 $	0	0	0
22	127 910 $	0	865 $	865 $	127 045 $	50 818 $	76 227 $
23	183 397 $	0	3 053 $	3 053 $	180 344 $	72 138 $	108 206 $
24	Remplaçant	0	1 458 $	1 458 $	0	0	0
25	Remplaçant	0	912 $	912 $	0	0	0
26	Remplaçant	0	2 979 $	2 979 $	0	0	0
Total	**2 136 461 $**	**131 400 $**	**481 780 $**	**613 180 $**	**1 554 021 $**	**610 540 $**	**933 481$**

Pour l'année financière 1999-2000, l'ensemble des médecins qui exerçaient dans la région de Tracadie-Sheila ont facturé un montant de 2 136 461 $ à l'Assurance-maladie. Les factures de la salle d'urgence, plus l'allocation pour offrir des services d'urgence se montaient à 613 180 $.

Plusieurs groupes de médecins (Caraquet, Bath, Sackville et Dalhousie) ont informé l'analyste que les frais de bureau constituaient un facteur de dissuasion pour le travail en salle d'urgence. Plusieurs médecins ont offert d'ouvrir leurs livres pour prouver que la majorité de leur revenu provenait du travail à l'urgence et non pas du travail à leur bureau. Le tableau X expose la ventilation des recettes et des dépenses des 6,5 ETP de médecins qui travaillent à la salle d'urgence de l'Hôpital de Tracadie. Le tableau XI donne les mêmes renseignements pour Caraquet.

Tableau X
Situation financière des médecins assurant les services d'urgence à Tracadie-Sheila (1999-2000)

Médecin	Facturation brute à l'Ass.-maladie	Service de garde à l'urgence	Code d'honoraires de la salle d'urgence	Recettes brutes (salle d'urgence)	Recettes (bureau)	Frais généraux de bureau (40 %)	Recettes nettes du bureau (- frais généraux)
3	157 182 $	10 400 $	52 465 $	62 865 $	94 317 $	37 727 $	56 590 $
4	169 738 $	1 400 $	51 481 $	52 881 $	116 357 $	46 543 $	69 814 $
5	182 765 $	10 400 $	44 469 $	54 869 $	127 896 $	51 158 $	76 738 $
6	212 842 $	42 000 $	74 382 $	116 382 $	96 460 $	38 584 $	57 876 $
7	158 789 $	16 000 $	47 843 $	63 843 $	94 946 $	38 584 $	56 362 $
8	183 524 $	10 800 $	61 518 $	72 318 $	111 206 $	37 978 $	73 228 $
9	184 457 $	12 800 $	57 527 $	70 327 $	114 130 $	44 482 $	69 648 $
15	136 260 $	10 400 $	42 173 $	52 573 $	83 687 $	33 474 $	50 213 $
Total	**1 385 057 $**	**114 200 $**	**389 685 $**	**546 058 $**	**838 999 $**	**328 530 $**	**510 469 $**

Tableau XI (Caraquet)

Médecin	Facturation brute à l'Ass-maladie	Service de garde à l'urgence	Code d'honoraires de la salle d'urgence	Recettes brutes (salle d'urgence)	Recettes (bureau)	Frais généraux de bureau (40 %)	Recettes nettes du bureau (- frais généraux)
1	108 104 $		765 $	765 $	107 339 $	42 936 $	64 403 $
2	210 195 $		67 527 $		107 339 $		
3	119 128 $		1 471 $	1 471 $	117 657 $	47 063 $	70 594 $
4	178 356 $	13 200 $	48 570 $	61 770 $	116 586 $	46 634 $	69 952 $
5	234 221 $	17 200 $	73 443 $	90 643 $	143 578 $	57 431 $	86 147 $
6	188 906 $	32 400 $	114 300 $	146 700 $	42 206 $	16 882 $	25 324 $
7	234 544 $	15 200 $	91 293 $	106 493 $	128 051 $	16 882 $	111 169 $
8	165 895 $	14 400 $	62 122 $	76 522 $	89 373 $	51 220 $	38 153 $
9	146 769 $	13 600 $	61 525 $	75 125 $	71 644 $	35 749 $	35 895 $
10	Remplaçant	1 200 $	12 283 $	13 483 $	0	0	0
11	307 048 $	12 400 $	53 719 $	66 119 $	240 929 $	96 372 $	144 557 $
12	15 830 $	6 000 $	21 212 $	27 212 $	15 830 $	6 332 $	9 498 $
13	210 594 $	14 800 $	62 783 $	77 583 $	133 011 $	53 209 $	79 807 $
14	Remplaçant	1 200 $	5 520 $	6 720 $	0	0	0
15	Remplaçant	800 $	8 487 $	9 287 $	0	0	0
16	Remplaçant	800 $	1 005 $	1 805 $	0	0	0
17	Remplaçant	400 $		400 $	0	0	0
18	Remplaçant	800 $	1 656 $	2 456 $	0	0	0
19	Remplaçant	800 $	270 $	1 070 $	0	0	0
20	Remplaçant	0	2 042 $	2.042 $	0	0	0
TOTAL	**2 119 590 $**	**145 200 $**	**687 951 $**	**833 151 $**	**1 348 872 $**	**527 772 $**	**821110 $**

Étant donné la différence de recettes entre une visite au bureau et une visite en salle d'urgence, les médecins croient que leur situation financière serait meilleure s'ils restaient à leur bureau, même après avoir tenu compte des dépenses dans ce scénario.

Les résidants de la Région 6 ont effectué 158 149 visites au service d'urgence en 1999-2000, soit 1,9 visite par personne, comparé à 0,9 pour la Région 2. Vingt-trois pour cent de la totalité des visites à l'urgence dans la province ont eu lieu dans la Région 6. Ces données soulèvent quatre questions : 1) Le recours à l'urgence est-il pertinent? 2) Pourrait-on voir les patients de façon plus rentable dans un bureau de médecin? 3) Les données sont-elles exactes, vu que la saisie des données statistiques concernant les patients des salles d'urgence et les visites aux unités de soins ambulatoires est parfois différente en fonction des établissements? 4) Ce type de profil de l'exercice de la médecine soulève-t-il des problèmes de qualité des soins? Nous savons qu'un nombre important de patients semblent recevoir des soins primaires en salle d'urgence. Étant donné que les médecins ne sont pas disponibles dans leur bureau, cette observation n'est pas surprenante. Plus de 50 % de la totalité des admissions en hôpital proviennent de la salle d'urgence, ce qui constitue un phénomène de plus en plus courant dans toutes les salles d'urgence. Il est cependant intéressant de remarquer que, dans la Région 6, le coût de prestation des services médicaux à l'urgence est inférieur de 50 % aux coûts de prestation de ces services dans la Région 2 (**3 300 358 $** contre **5 399 999 $** - tableaux X, XI, XII et XIII), mais la Région 6 traite seulement 5 % de patients en moins (tableau XI). Il est vrai que la gravité de l'état des patients est moindre, mais cela laisse présumer de la réponse, à savoir à qui paie-t-on un juste prix et quel est le rapport qualité-prix pour le contribuable?

Tableau XII (coûts des services d'urgence de la CSSA en 1999-2000)[7]

SERVICE	Assurance-maladie	Salaire	Tiers	Plan d'exercice	Tarifs de consultation	Formation	Allocation	Financé par la Commission
Services d'urgence (SJRH-SJH)	2 857 294 $		440 024 $	3 760 997 $				
Service de garde rural	1 189 002 $				1 639 002 $			

Tableau XIII (1999-2000)

VISITES D'URGENCE CSSA*	
SJRH	48 657
SJH	51 157
CCH	27 951
SHC	25 299
GMH	2 792
FHC	8 988
Total	164 844

* Les chiffres de 2000-2001 ne sont pas disponibles.

Tableau XIV
Coûts des services d'urgence
tous les médecins assurant les services (y compris les remplaçants)

Établissement	Coûts
Bathurst	1 233 396
Tracadie-Sheila	625 780
Caraquet	833 151
Lamèque	3 244
Total	**2 695 571**

Les médecins qui s'occupent de la salle d'urgence de l'Hôpital de Tracadie ont aménagé leurs horaires de services d'urgence en créneaux horaires de huit heures. Dans les centres plus petits, comme le Northern Carleton Hospital et le Sackville Memorial Hospital, les faibles volumes permettent aux médecins de faire des rotations de vingt-quatre heures. Dans des centres comme le Northern Carleton Hospital où les médecins sont de garde une fois sur trois, ils sont tenus de faire trois journées de travail consécutives de vingt-quatre heures pour avoir une fin de semaine de congé. À l'Hôpital de l'Enfant Jésus de Caraquet, les médecins font des journées de travail de 12 heures. Les médecins de l'Hôpital de Tracadie sont passés à des journées de travail de huit heures afin de préserver leur vie de famille. Cela a nécessité davantage d'équipes en salle d'urgence et a essentiellement aggravé leur problème.

Au moment de l'examen, l'horaire de juin 2001 de la salle d'urgence de l'Hôpital de Tracadie comportait 25 journées de travail de huit heures assurées par des remplaçants, les médecins faisaient des journées supplémentaires (autres que celles originellement prévues) ou pour lesquelles les services n'étaient pas assurés. Nous n'avons pas pu examiner l'horaire de juillet. Le vice-président des services médicaux de la Région 6 a indiqué clairement qu'il incombe aux médecins de trouver des personnes pour assurer la garde des services d'urgence à tour de rôle. Dans la Région 4, le vice-président des services médicaux et le responsable de l'établissement se partagent la responsabilité de l'établissement de l'horaire à l'Hôtel Dieu Saint-Joseph de Saint-Quentin. À l'occasion, ce dernier a dû assurer lui-même le service quand personne d'autre n'était disponible. Établir l'horaire de la salle d'urgence est devenu une lourde tâche pour les médecins et ils en parlaient comme d'un agent stressant important.

L'analyste a été impressionné par le dévouement des médecins de l'Hôpital de Tracadie. Ils faisaient preuve de motivation envers leur collectivité et ont dit qu'ils étaient extrêmement frustrés de ne pas pouvoir fournir ce qu'ils considéraient être un bon niveau de soins. La répartition démographique des femmes, qui est exceptionnellement asymétrique, présente un problème particulier étant donné la responsabilité supplémentaire qu'ont les femmes dans l'éducation des enfants. Plusieurs médecins ont fait part de préoccupations concernant leur vie de famille ou leur absence de vie de famille. Les médecins étaient favorables au concept de l'ouverture d'une salle d'urgence commune à Caraquet et Tracadie de 22 heures à 8 heures, avec une rotation hebdomadaire. Ils étaient pessimistes pour ce qui concernait la possibilité d'attirer de nouveaux médecins dans la région, vu les conditions de travail et ils craignaient de devoir quitter la région. La majorité des médecins sont des résidants de la localité qui sont revenus dans leur famille et qui sont profondément enracinés dans la collectivité.

La situation actuelle n'est pas viable pour le groupe de médecins surmenés, pour la population qui ne reçoit pas des services adéquats et pour l'administration sanitaire. Nous avons relevé d'importants problèmes de gestion des risques :

- Le suivi (continuité des soins) est pratiquement inexistant pour les patients qui n'ont pas de médecin attitré.
- L'adoption de lignes directrices relatives aux meilleures pratiques et de protocoles fondés sur les résultats cliniques et scientifiques ne fait pas partie de la culture de l'hôpital à cause du manque de temps et de leadership.
- Les médecins sont harcelés par une population mal informée.
- Les attentes de la population sont grandes et difficiles à gérer.

Comment les autres établissements étudiés se comparent-ils à celui-ci?

Hôpital de Lamèque

Cet établissement de 12 lits a fait l'objet d'une restructuration en 1994-1995, de sorte qu'il n'offre plus de services d'urgence après 18 heures. Un total de 19 941 patients ont été vus en salle d'urgence (chiffres du ministère de la Santé et du Mieux-être de 1999-2000). L'établissement a fourni à l'analyste des chiffres pour 2000-2001 qui indiquent que le service d'urgence a vu 13 190 patients ayant fait l'objet d'un triage (tableau XV) et que les unités de soins ambulatoires de l'hôpital ont vu 8 906 patients. L'analyste croit que, plutôt que d'indiquer une chute de 35 % des

visites, les chiffres du ministère de la Santé et du Mieux-être pour 1999-2000 incluent les visites aux cliniques. On s'attend à ce que les patients se rendent à Tracadie ou à Caraquet pour obtenir des services de permanence centralisés, chaque collectivité se trouve à quelque 50 kilomètres de Lamèque. À l'heure actuelle, sept médecins desservent la population considérée comme faisant partie de la circonscription hospitalière de l'établissement de Lamèque, mais quatre d'entre eux ont choisi de ne pas être rattachés à l'hôpital. Ils sont âgés de 54 à 82 ans. Seulement deux d'entre eux sont mentionnés sur la liste de médecins du ministère de la Santé et du Mieux-être et ils représentent 2,42 ETP de médecins. On a indiqué à l'analyste que les deux autres médecins voient chacun environ 30 patients par jour. La facturation à l'Assurance-maladie indique qu'ils en voient beaucoup plus. Aucun des quatre médecins ne collabore en quoi que ce soit avec les trois médecins salariés rattachés à l'hôpital. Par exemple, quand les médecins sont en congé, les patients se présentent à la salle d'urgence pour obtenir des renouvellements d'ordonnance ou pour faire remplir des formulaires d'assurance.

Les trois médecins actuellement salariés ont un contrat pour travailler 37,5 heures par semaine (y compris les journées de travail à l'urgence), avec cinq semaines de vacances, cinq jours de congés de maladie et cinq jours de formation médicale continue, moyennant 120 000 $ par an. Les médecins s'attendent à ce que ce chiffre augmente proportionnellement à l'augmentation attendue pour les médecins qui perçoivent des honoraires à l'acte. Un quatrième médecin devrait faire changer sous peu le profil démographique des médecins rattachés à l'hôpital, qui se composerait dès lors de trois femmes et un homme.

Tableau XV
Visites à l'urgence en 2000-2001 – Hôpital de Lamèque

ETG	Nombre	Pourcentage
I	5	0,04
II	55	0,48
III	554	4,84
IV	2 991	26,14
V	7 536	65,86
	11 441*	100

* 2 049 patients n'avaient pas fait l'objet d'un triage.

Quatre-vingt-douze pour cent des patients vus à l'Hôpital de Lamèque sont considérés comme étant à faible risque et comme n'étant pas des cas urgents.

L'analyste a trouvé que les médecins rattachés à l'hôpital étaient très satisfaits de tous les aspects de leurs vies professionnelles et personnelles. Ils évoluent vers un modèle de partage des soins avec les soins infirmiers qui veillera à la transition des soins à l'aide de protocoles standardisés.

Quand l'analyste a parlé aux membres du personnel infirmier, on l'a informé que la collectivité demeure mécontente de la fermeture de leur établissement après 18 heures. Les infirmières s'inquiètent des patients qui arrivent à leur porte après les heures normales de bureau avec des maladies qui mettent leur vie en danger et qu'elles ne se sentent pas compétentes pour traiter. Elles

pensent qu'elles devraient être en mesure d'intervenir au moins dans le domaine des soins d'intervention à faible risque, comme la thérapie intraveineuse et certaines médications.

Hôpital de l'Enfant-Jésus (Caraquet)

Cet établissement de 49 lits offre des services de soins primaires et secondaires, dont des services d'obstétrique à faible risque. Il se trouve à mi-chemin entre Bathurst et Tracadie et dessert une population de 15 000 personnes si l'on tient compte, après 18 heures, de la zone géographique desservie par l'Hôpital de Lamèque.

Le ministère de la Santé et du Mieux-être indique qu'en 1999-2000, la salle d'urgence de l'Hôpital de l'Enfant Jésus a vu 49 138 patients (tableau XVI). Les données fournies à l'analyste suggèrent que le chiffre est de 38 674 pour 2000-2001. La stratification de la gravité des cas est remarquablement proche de celle que nous avons vue à Tracadie, à l'exception d'une variance importante dans les niveaux IV et V de ÉTG Cela semble indiquer qu'un établissement code différemment le même type de patient, ce qui est un phénomène courant quand la formation n'est pas standardisée.

Tableau XVI

Hôpital de l'Enfant-Jésus

ÉTG	Nombre	Pourcentage
I	34	0,09
II	182	0,48
III	2 613	7,0
IV	91 39	24,3
V	25 596	68,13
	37 564*	100

* 1 110 patients non codés (population totale de patients = 38 674)

Les données du ministère de la Santé et du Mieux-être indiquent qu'il y a six médecins rattachés à l'Hôpital de l'Enfant Jésus, ce qui représente 6,23 ETP de médecins. Neuf d'entre eux ont assisté à la réunion avec l'analyste et l'on attend deux nouveaux médecins à l'automne. Huit médecins se partagent la garde à la salle d'urgence. Les médecins ont dit qu'ils avaient beaucoup de difficultés avec l'horaire de garde, qu'ils ressentaient de la sympathie envers les médecins rattachés à l'Hôpital de Tracadie, mais qu'ils ne souhaitaient pas recevoir de protocole de services modifié comme le suggéraient les médecins de Tracadie.

L'analyste a été impressionné par le degré de ténacité avec lequel ce groupe défendait son hôpital et sa salle d'urgence. Cinq des médecins ont dit qu'ils accepteraient volontiers de se retirer du service d'urgence en citant les motifs suivants :

- Perte de revenu par rapport à l'exercice de la profession en bureau;
- Empiètement sur la vie privée,

- Inquiétudes concernant leur santé;
- Trois des médecins ont plus de 55 ans;
- Problèmes de qualité des soins dus aux lourdes charges professionnelles.

Le responsable de la salle d'urgence a fait part de sa grande inquiétude concernant la continuité des services d'urgence. Il assure un nombre considérable de remplacements – à tel point qu'il n'a pas pu assister à la naissance de son enfant. On nous a dit que les problèmes de gestion des risques et les frustrations relatives à l'élaboration de protocoles constituaient des sujets de préoccupation immédiats. Le responsable trouve les modalités fastidieuses, complexes sur le plan administratif et extrêmement frustrantes. D'autres groupes de médecins à Miramichi et Bathurst étaient de cet avis. On s'attend à ce que l'arrivée de deux nouveaux médecins à Caraquet allège quelque peu la tension du personnel des services d'urgence. Ils devraient travailler à plein temps à l'urgence pendant quelques mois pour permettre aux autres de prendre des vacances et de se détendre. Le directeur de la salle d'urgence de l'Hôpital de l'Enfant Jésus s'inquiète à juste titre, étant donné que l'âge moyen de ses médecins est de 45 ans.

Les médecins ont collectivement exprimé leur inquiétude au sujet de leur rémunération. Chacun d'eux pensait que le travail au service d'urgence leur coûtait de l'argent et qu'à moins de remédier à cette différence, le malaise règnera le plus souvent. Les médecins ont fait part de leur frustration face au manque de compréhension envers l'exercice de la médecine rurale : la charge professionnelle différente, les attentes des patients, le manque de renforts, l'équipement désuet, la difficulté à transférer les patients, le manque de programme global de soins pré-hospitaliers, les problèmes de recrutement et de maintien des effectifs que le Comité consultatif des ressources médicales a empirés, et l'insécurité concernant l'avenir de leur hôpital. Plusieurs médecins ont dit qu'ils doutaient de rester dans la région sans un hôpital. Certains ont exprimé le désir d'avoir un hôpital dans un endroit central, entre Tracadie et Caraquet.

Le service est actuellement financé par le système d'honoraires à l'acte, car les volumes actuels justifient cette méthode de financement. Cependant, cela incite les médecins à voir davantage de patients à l'urgence. Ils ont justifié cette observation en faisant référence à leurs frais de bureau qui continuent de courir pendant qu'ils travaillent à l'urgence. Un paiement à la séance serait donc pénalisant. Les médecins pensent qu'il faudrait un tarif minimum de 135 à 150 $ de l'heure pour attirer des remplaçants et stabiliser les effectifs dans le service.

Hôpital régional Chaleur à Bathurst

L'analyste a rencontré le D[r] Wilson, représentant des médecins de l'urgence. Bathurst est un hôpital régional qui compte environ 200 lits de soins aigus offrant une gamme complète de services, à l'exception des maladies cardiovasculaires et de la neurochirurgie. L'urgence compte six ETP d'urgentologues qui ne font pas de pratique privée, aucun d'entre eux n'est accrédité. En 2000-2001, le service s'est occupé de 46 460 patients en salle d'urgence (tableau XVII). Les médecins sont payés 92 $ de l'heure. Ils doivent compter sur des remplaçants provenant de l'Hôpital régional de Saint-Jean pour assurer des journées de travail occasionnel. Comme à Miramichi, les cliniques de l'Hôpital de Bathurst ouvertes en dehors des heures normales connaissent une popularité croissante quand on dispose d'effectifs médicaux. Quand les médecins ont le choix, ils opteront pour le travail dans ces cliniques, plus lucratif que la médecine d'urgence

et moins exigeant étant donné qu'il s'agit habituellement de problèmes mineurs. Bien que cela contribue à diminuer le flux des patients à l'urgence, cette façon de faire provoque une augmentation des coûts pour le système pour un avantage incertain, sauf si la diminution de l'attente et l'amélioration de l'accès aux services sont plus importantes que la qualité des soins. Le suivi demeure un problème; toutefois, la principale raison en est que les médecins pensent qu'il n'est pas pertinent de voir des patients au service d'urgence pour des soins primaires.

Les autres médecins de la région ont dit à l'analyste que l'Hôpital régional Chaleur à Bathurst paiera jusqu'à 150 $ de l'heure pour obtenir des remplaçants provenant de l'Hôpital régional de Saint-Jean. Nous n'avons pas pu prouver cette affirmation. Le D[r] Wilson est l'un des nombreux médecins qui ont effectué des remplacements de médecins de Caraquet et de Tracadie moyennant 100 $ de l'heure et 200 $ de frais de déplacement. La Corporation hospitalière paie les médecins. L'analyste se demandait pourquoi il y avait des moyens supplémentaires pour aider les médecins de la Péninsule acadienne, alors qu'il fallait des ressources supplémentaires pour assurer les services d'urgence de l'Hôpital régional Chaleur à Bathurst.

Le D[r] Chris Lévesque, directeur de la salle d'urgence du Moncton Hospital, a effectivement confirmé que les tarifs à son hôpital, complétés par la Corporation hospitalière régionale, sont comme suit : **100 $ de l'heure de 8 à 18 heures, 130 $ de l'heure de 18 heures à minuit et 150 $ de l'heure de minuit à 8 heures ainsi que les fins de semaine.** On s'attend à une insuffisance de fonds de l'ordre de 500 000 $ par an (frais d'Assurance-maladie). Une structure tarifaire similaire existe à l'Hôpital Docteur-Georges-L.-Dumont et à l'Hôpital régional de Saint-Jean à Saint-Jean.

L'Hôpital régional Chaleur à Bathurst n'a pas besoin de médecins de famille pour assurer le service de garde en salle d'urgence. Cela a constitué un incitatif pour que de jeunes médecins s'installent à Bathurst et se consacrent au travail en bureau. Les médecins des autres parties de la région pensent que cette façon de faire, sanctionnée par les gestionnaires régionaux, donne à Bathurst un avantage concurrentiel sur les établissements plus ruraux où le service en salle d'urgence est imposé lors du recrutement des nouveaux médecins. Le travail en bureau est plus lucratif que le travail à l'urgence et, avec l'augmentation attendue des tarifs en bureau, les médecins ruraux pensent que l'écart va s'accroître.

Tableau XVII

Visites à l'urgence de l'Hôpital régional Chaleur à Bathurst en 2000-2001

ÉTG	Nombre	Pourcentage
I	112	0,24
II	1 217	2,61
III	8 779	18,90
IV	20 573	44,28
V	15 779	34,05
	46 460	100

Le groupe des médecins du service d'urgence de Bathurst pense que le tarif doit augmenter et qu'il faut éliminer la disparité entre le Sud et le Nord pour pratiquer l'égalité des chances. Le groupe trouve que les urgentologues qui travaillent dans les centres plus importants du Sud de la province ont un meilleur accès aux remplaçants et ne devraient donc pas être payés davantage que les médecins qui travaillent dans des centres où les remplaçants sont moins accessibles. Le transfert des patients vers les hôpitaux du Sud de la province demeure une préoccupation importante, non seulement parce que cela demande du temps, mais encore parce que l'on pense que le transfert a des répercussions négatives sur les résultats escomptés pour le patient.

Hôpital St. Joseph de Dalhousie

Cet établissement compte 42 lits, il offre des services à 12 000 personnes et dessert la partie est du Restigouche. L'hôpital se trouve à 20 minutes de l'Hôpital régional de Campbellton, mais les relations professionnelles entre les groupes de médecins semblent irrévocablement rompues. « Le directeur médical ne nous rend même plus visite. » Huit médecins assurent le service, ce qui équivaut à sept ETP de médecins. Le ministère de la Santé et du Mieux-être mentionne que six médecins font le travail de 6,9 ETP de médecins. Six médecins ayant des droits hospitaliers ont assisté à la réunion avec l'analyste. Tous ont fait part de doutes sérieux au sujet du système de garde actuel. Les mois d'été sont particulièrement difficiles à cause des congés. C'était l'usage de compter sur des remplaçants du Québec, dont l'un assurait la garde par cinq journées consécutives de 24 heures. La Corporation des services de santé du Restigouche assume les frais de déplacement, d'hébergement et de location de voiture. D'après les frais de l'année passée, les coûts prévus pour les 12 mois seront de l'ordre de 10 à 12 000 $ par médecin. Sans remplaçant, on ne peut pas garantir un service ininterrompu en salle d'urgence. Les coûts de fourniture de remplaçants aux hôpitaux desservis par la Corporation des services de santé du Restigouche dépasseront 100 000 $ pour l'année financière 2000-2001.

Le ministère de la Santé et du Mieux-être indique que l'on a vu 19 300 patients à l'urgence de l'Hôtel Dieu Saint-Joseph de Saint-Quentin en 1999-2000. Les chiffres fournis par l'hôpital pour 2000-2001 indiquent que l'on en a vu 20 551.

Tableau XVIII

Visites à l'urgence de l'Hôpital Saint Joseph (Dalhousie) en 2000-2001

ETG	Nombre	Pourcentage
I	11	0,10
II	123	1,18
III	1 108	10,67
IV	7 779	74,95
V	1 357	13,10
	10 379*	100

* Données de triage disponibles seulement pour la période de septembre à mars. Total des visites = 20 551

Comme pour les autres hôpitaux communautaires, voir une moyenne de 55 patients à l'urgence lors d'une journée de travail de 24 heures empêche de faire du bureau le même jour et pendant au moins la moitié du lendemain. On considère qu'il est dangereux et non rentable de faire du bureau après 24 heures de garde, ce qui contribue ainsi à une autre perte de revenu. De plus, les patients hospitalisés nécessitent des visites quotidiennes.

Les médecins de Dalhousie ont fourni suffisamment de renseignements à l'analyste pour qu'il ait des réserves importantes concernant l'épuisement professionnel des médecins. Leur moyenne d'âge est de plus de 50 ans; l'un des médecins, qui est récemment arrivé pour en remplacer un autre, a perdu 20 livres (en six mois) en grande partie à cause du stress sur le lieu de travail et il a dit qu'il se demandait s'il allait continuer. Le 15 juin 2001, l'analyste a été informé que ce médecin avait présenté sa démission qui prendra effet au 31 août 2001. Étant donné qu'il a assuré 30 gardes au cours des six derniers mois, le groupe est confronté à un problème immédiat. Pour illustrer la précarité de sa position, la veille de la visite de l'analyste, un médecin est tombé malade et a été incapable de continuer sa journée de travail à l'urgence. On a demandé à un médecin de 71 ans de venir la remplacer. Sans l'aide de ce médecin, qui continue de faire jusqu'à trois journées de travail par mois, la situation serait en fait pire.

Sauf s'il y a un changement radical dans les effectifs de médecins, la situation actuelle à l'Hôtel Dieu Saint-Joseph de Saint-Quentin ne sera pas viable une fois l'été terminé.

Hôpital régional de Campbellton

Cet établissement de soins actifs qui compte 124 lits offre des services de soins primaires et secondaires et se trouve à une heure de l'Hôpital régional Chaleur à Bathurst. Il dessert une circonscription hospitalière qui chevauche la frontière et pénètre dans la province du Québec. Le ministère de la Santé et du Mieux-être indique qu'il y a 18 médecins à Campbellton qui correspondent à 23 ETP Les médecins disent toutefois qu'il n'y a que 12 médecins de famille disponibles. Huit médecins assurent les services d'urgence, deux s'occupent de l'obstétrique et deux ne sont pas en mesure de travailler en raison de leur âge. Deux remplaçants provenant de l'Hôpital régional de Saint-Jean fournissent 10 nuits par mois à l'urgence sans lesquelles le service ne pourrait pas fonctionner. Les journées de travail sont de 12 heures pour le personnel permanent et de 24 heures pour les remplaçants. Ces derniers coûtent plus de 100 000 $ par an à la corporation.

La salle d'urgence n'a pas de médecin qui se consacre exclusivement à la médecine d'urgence; à vrai dire, on décourage ce concept. Les médecins ont le sentiment que les effectifs sont tellement instables que si l'un d'eux renonce à ses responsabilités de travail à l'urgence, ce ne sera qu'une question de temps pour qu'il soit rappelé pour assurer une journée de travail en raison du manque d'effectifs suffisants. Inquiets de la disparition d'une série d'habiletés, les médecins croient collectivement qu'ils doivent continuer à assurer les services de soins intensifs, les services d'urgence et les services aux malades hospitalisés. En offrant des services à 30 000 résidants de la région du Restigouche et à un nombre inconnu de résidants du Québec, la charge professionnelle de ce groupe est éreintante.

Les médecins ont fait part de leurs inquiétudes concernant la différence entre ce que l'on paie les médecins dans le Sud de la province et ce qu'ils sont payés. Ils exigent un tarif de 150 $ comme minimum pour poursuivre la prestation des services après septembre 2001.

Bien que l'Hôpital régional de Campbellton utilise le système de ÉTG, les données n'ont pas été fournies sous une forme permettant à l'analyste de donner une analyse éclairée.

Hôtel Dieu Saint-Joseph de Saint-Quentin

La Région 4 assure le fonctionnement de ce petit hôpital communautaire qui est le plus petit des trois établissements gérés par la corporation hospitalière. Situé à une heure et demie de Campbellton et à près d'une heure d'Edmundston c'est l'un des établissements les plus isolés de ceux que nous avons étudiés. Son bassin de population est de près de 5 000 personnes, l'hôpital a 12 lits pour soins actifs, dont la plupart sont occupés par des patients des soins palliatifs et par un petit nombre de patients à faible risque qui reçoivent des soins actifs. D'après les chiffres du ministère de la Santé et du Mieux-être pour 1999-2000, trois médecins fournissant 2,71 ETP ont vu 14 000 patients à l'urgence. L'un de ces médecins a récemment accepté un poste salarié au gouvernement fédéral, mais a convenu de continuer d'aider pour le service de garde.

Un médecin est salarié et travaille 37,5 heures par semaine, garde comprise. On ne nous a pas révélé le montant de son salaire, mais les médecins des autres collectivités prétendent qu'il a « un contrat spécial, plus lucratif que celui des médecins de Lamèque ». Cet établissement a survécu grâce aux remplaçants provenant de Montréal et d'Edmundston. À l'occasion, le vice-président des services médicaux de la région a dû assurer le service. On ne nous a pas révélé le coût des services pour la région, mais il était évident que l'on dépensait des sommes importantes pour appuyer le programme de remplaçants. L'Hôtel Dieu Saint-Joseph de Saint-Quentin sera difficile à desservir par des médecins, car sa situation géographique constitue un obstacle pour avoir facilement accès à une réserve de remplaçants. Le jeune médecin qui n'est en poste que pour deux ans nous a fait part de son inquiétude, car on lui demande de plus en plus de son temps, il a indiqué qu'il hésitait à augmenter ses heures de garde. Ce groupe est également consterné par la disparité entre la valeur relative des médecins qui travaillent en milieu urbain par rapport à ceux qui sont en milieu rural.

Sackville Memorial Hospital

Cet établissement qui compte 21 lits de soins actifs se trouve à 30 minutes de Moncton, il comporte deux services de soins tertiaires et dessert 10 000 personnes des villages de Dorchester, Memramcook et Aulac, ainsi que la ville de Sackville. Il est important de noter le rôle de cet établissement qui est le seul « fournisseur » de soins de santé accessible aux étudiants de la Mont Allison University. De plus, Sackville est une « banlieue » de Moncton en pleine expansion. Cet établissement était le seul de ceux que l'analyste a visités où les médecins étaient satisfaits de la charge professionnelle, ainsi que de la méthode de rémunération et du montant de celle-ci. Selon la formule du ministère de la Santé et du Mieux-être, douze médecins fournissent l'équivalent de 10 ETP de médecins. En fait, il y a neuf médecins à la disposition de l'urgence, dont deux équipes de maris et femmes, l'une de ces équipes se partage un service de garde et l'autre, bien que

mentionnée comme ayant deux numéros de facturation, exerce comme un seul ETP Un médecin mentionné sur la liste du ministère de la Santé et du Mieux-être est en congé de maladie pour une période indéterminée.

L'âge moyen des médecins est de 43 ans et aucun d'entre eux n'a moins de 34 ans. Les journées de travail à l'urgence sont de 10 heures le jour et de 14 heures la nuit, avec une semaine de travail moyenne de 55 à 60 heures. Les médecins essaient de prendre six semaines de congé par an. La ville de Sackville fournit des locaux à bureaux à tous les médecins sauf deux, moyennant un tarif subventionné. Il y a un très petit nombre de patients sans médecin attitré.

Sackville est stable dans un avenir prévisible, mais avec le vieillissement des effectifs médicaux et la croissance attendue, dans peu de temps un remplacement suscitera de la difficulté. Deux des médecins ont exprimé le désir de prendre leur retraite dans les cinq prochaines années.

Le Sackville Memorial Hospital n'a pas instauré de système de triage structuré. Tous les patients s'inscrivent au service central et la secrétaire-réceptionniste adresse les patients à l'urgence ou au service des consultations externes. L'analyste a fait remarquer que cela constitue un risque important, tant pour les médecins que pour la direction de l'établissement. On nous a dit que le manque d'effectifs était la cause de l'absence d'un système de triage structuré.

Northern Carleton Hospital

Situé à une demi-heure de l'établissement de Woodstock et à une demi-heure de celui de Perth, le Northern Carleton Hospital est un établissement de 24 lits de soins aigus qui compte à l'heure actuelle trois médecins. Il n'y avait pas de données du ministère de la Santé et du Mieux-être disponibles pour ce groupe. Assurer un service de garde 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 et 365 jours par an a constitué un défi pour ce groupe. Le recours aux remplaçants est indispensable à la survie des services. Le jour de la visite, un médecin de Terre-Neuve était venu apporter son aide dans la collectivité. Le D[r] Scott Moffat et sa femme, qui ont exercé dans la région de Bath pendant sept ans, quittent la région pour rejoindre la faculté de médecine et pour être plus proches de leur famille à Terre-Neuve.

Le bassin de population de cet hôpital compte près de 10 000 personnes. On affirme que l'on parviendra à maintenir les services aux malades hospitalisés, aux malades externes et en bureau de pratique privée grâce à l'arrivée à l'automne d'un nouveau médecin qui déménage de Colombie-Britannique. Ancien partenaire de ce groupe, il a cédé à l'attrait du « mode de vie » de la région et revient s'y installer.

Les médecins n'ont pas été en mesure de fournir des données de l'échelle canadienne de triage et de gravité au moment de la visite. Les données du ministère de la Santé et du Mieux-être indiquent que le service d'urgence de cet établissement a traité 21 176 patients en 1999-2000. Nous ne savons pas exactement combien d'entre eux pourraient être classés comme des urgences. Il est cependant évident que le volume est trop élevé pour que les médecins puissent avoir un bureau en même temps. Le groupe de médecins prétend que ceux qui exercent en bureau perdent de l'argent et ils sont prêts à communiquer des renseignements financiers pour le prouver.

Pour ce groupe, il est indispensable d'avoir une augmentation du tarif de l'urgence ou une compensation pour les frais de bureau qui corrobore leur analyse de rentabilisation.

Miramichi Hospital

Cet hôpital est le seul établissement de soins primaires ou secondaires de la Région 7. Il a en ce moment une administration provisoire et fait face à de nombreuses difficultés. Avec un total de 176 lits de soins actifs, il dessert une population de près de 40 000 personnes. Financé pour 33 heures pendant la semaine et 36 heures pendant les fins de semaines, le service d'urgence compte trois ETP de médecins qui se consacrent aux urgences et 20 médecins de famille qui les aident pour le service de garde. Aucun de ces médecins n'est accrédité pour pratiquer la médecine d'urgence. Bien que la capacité de la salle d'urgence de Miramichi soit similaire à celle de Bathurst, le degré de gravité des patients est moindre à Miramichi. (tableaux XIX et XX). La salle d'urgence a des effectifs médicaux plus stables que les hôpitaux régionaux de Bathurst ou de Campbellton.

Tableau XIX

Visites à l'urgence du Miramichi Hospital en 2000-2001

ÉTG	Nombre	Pourcentage
I	38	0,09
II	306	0,73
III	7 625	18,31
IV	14 375	34,52
V	19 290	46,34
	41 634	100

Tableau XX

Visites à l'urgence de l'Hôpital régional Chaleur à Bathurst en 2000-2001

ÉTG	Nombre	Pourcentage
I	112	0,24
II	1 217	2,61
III	8 779	18,90
IV	20 573	44,28
V	15 779	34,05
	46 460	100

La disponibilité de ressources d'appui constitue la difficulté immédiate de l'Hôpital de Miramichi, abstraction faite de son administration provisoire. Par exemple, cet établissement régional ne dispose pas de services de chirurgie plastique ou de neurologie. L'orthopédie est limitée à

une personne, la chirurgie et la médecine interne sont en crise. Le manque de services de radiologie, en particulier pendant les fins de semaine, est peut-être le plus grave. L'établissement compte sur la téléradiologie qui, de l'avis des médecins, est loin d'être idéale. Ceux-ci s'inquiètent de ce que le nouveau service d'imagerie par résonance magnétique, qui devra être une unité mobile, n'aura pas de radiologiste. Cette technologie, comme l'échographie et la tomodensitométrie, se prête bien à la transmission d'images numérisées pour la lecture à distance. On devrait se préoccuper de l'infrastructure et du soutien à la téléradiologie afin de répondre aux préoccupations des cliniciens et aux besoins des patients.

À l'heure actuelle, les médecins reçoivent 75 $ de l'heure pour travailler en salle d'urgence et 99,21 $ de l'heure le soir, la nuit et les fins de semaine. Le groupe de médecins est convaincu qu'il faut augmenter les tarifs pour qu'ils atteignent un minimum de 111 $ de l'heure afin de conserver les effectifs actuels et qu'il faudra une prime pour recruter des remplaçants en renfort. Par exemple, trois des médecins de famille qui assurent un nombre important de journées à l'urgence ont entre 55 et 60 ans. Nous ne savons pas clairement si l'administration régionale offre un soutien financier aux médecins.

En ce moment, ce service fonctionne avec une structure très sommaire. L'élaboration de protocoles et les questions de qualité des soins sont « frustrantes à causes des tracasseries administratives ». L'analyste a rencontré le vice-président des services médicaux et le président-directeur général du Miramichi Hospital; tous deux ont reconnu que la structure du personnel et l'organisation de l'établissement constituent des difficultés importantes.

Commentaire

Définir les problèmes de dotation en médecins pour les services de la salle d'urgence de l'Hôpital de Tracadie, ainsi que les facteurs qui les provoquent et leurs répercussions sur la qualité des soins, le cas échéant.

Quelle que soit la mesure utilisée, l'effectif actuel de médecins ne peut pas fournir le niveau de services attendu par les gestionnaires régionaux de la santé ou par la population de la région de Tracadie-Sheila. Les facteurs contributifs de cette situation sont comme suit :

1. Le modèle de soins actuel nécessite qu'un médecin voit chaque patient.
2. Il y a un nombre insuffisant de médecins pour répondre aux demandes des patients.
3. Les efforts de recrutement et de conservation des effectifs sont neutralisés par les anomalies structurelles :

    - La planification des effectifs de médecins ne tient pas compte des facteurs d'âge ou de sexe comme déterminants.
    - Le calcul des ETP est fondé sur la facturation brute faite à l'Assurance-maladie plutôt que sur la charge professionnelle.
    - L'index de ruralité est considéré comme un facteur de différentiation.

- Le manque de souplesse caractérise les initiatives en matière de rémunération et d'incitatifs.
- L'absence d'une réserve de remplaçants dévoués.
- La disparité régionale.

4. Enseignement médical en pleine évolution.
5. Productivité fonction de la situation de famille, du sexe et de la durée de la journée de travail.
6. Guerres de soumissions entre les régions.
7. Isolement par rapport aux services tertiaires.
8. Protocoles de transfert des patients complexe.
9. Rivalité entre établissements.
10. Préoccupations géopolitiques et socioéconomiques du Nord de la province par opposition à celles du Sud.

Les médecins pensent collectivement que leur aptitude à faire la prestation de soins de qualité est affectée par les facteurs susmentionnés. En particulier, le manque de temps pour s'occuper de diverses questions d'ordre professionnel a joué un rôle déterminant pour ce qui suit :

A. Manque de culture d'assurance de la qualité.
B. Absence de protocoles fondés sur des résultats cliniques et scientifiques.
C. Admissions non pertinentes dues au manque de suivi des soins.
D. Groupe professionnel démoralisé qui manque d'énergie pour penser de façon proactive.
E. Croyance que les modèles de médecines douces sont moins valables que le modèle actuel de prestations de soins.

Les médecins rattachés à l'Hôpital de Tracadie sont pour la plupart jeunes et dévoués, ils sont très attachés à leur collectivité. Il existe toutefois un paradoxe : le fait que la plupart d'entre eux sont de la région reflète la nature compatissante de la collectivité; le manque d'empathie envers la crise actuelle des effectifs est « intolérable et alimente le mécontentement ». Les critiques des responsables provinciaux et locaux à l'endroit des médecins ont miné davantage la confiance professionnelle et personnelle. L'atmosphère est tendue à cause des récriminations et de la méfiance.

Évaluer si les problèmes et les facteurs décelés à Tracadie-Sheila s'appliquent aux services d'urgence d'autres établissements hospitaliers du Nouveau-Brunswick.

Nous avons relevé certains thèmes communs dans tous les établissements visités :

- ✓ Les médecins ruraux et la population qu'ils desservent pensent qu'ils ne sont pas compris par les Néo-Brunswickois du Sud de la province.

- ✓ La guerre des soumissions que se livrent les établissements à l'heure actuelle est contre-productive et crée une disparité pour les régions pauvres de notre province.

- ✓ Il y a un sous-financement des ressources en médecine d'urgence qui ne transparaît pas dans la structure actuelle des coûts de l'Assurance-maladie. Les commissions régionales ont augmenté les tarifs d'un montant qui dépasse 1 200 000 $. Nous croyons que ce chiffre peut être plus élevé en raison du très grand besoin de remplaçants dans toute la province. Il a été difficile d'obtenir le chiffre exact. La Société médicale du Nouveau-Brunswick et le ministère de la Santé et du Mieux-être négocient à l'heure actuelle un nouveau tarif, mais les médecins ruraux que nous avons sondés craignent que cela ne corresponde pas au « véritable prix » défini par le marché actuel. Ils prédisent que si le tarif n'augmente pas pour répondre aux demandes du marché, un plus grand nombre de commissions régionales urbaines continueront de faire des offres pour obtenir des ressources au détriment des médecins qui se trouvent en zones rurales.

- ✓ Les médecins ruraux que nous avons interrogés pensent que l'exercice de la profession en bureau en zone urbaine constitue une concurrence déloyale pour obtenir l'argent de l'Assurance-maladie. La pratique de la médecine rurale est un amalgame de responsabilités envers les malades hospitalisés, les malades externes, le service d'urgence et les patients vus au bureau des médecins, avec peu de latitude pour choisir l'une par rapport à l'autre. L'administration régionale a des privilèges comportant certaines conditions pour participer aux services de garde de l'urgence. En zones urbaines, les médecins choisissent de plus en plus de pratiquer la médecine sans avoir de responsabilités concernant les malades hospitalisés, l'obstétrique ou l'urgence, option qui rend l'exercice de la médecine en milieu urbain plus attirante.

- ✓ Tous les groupes de médecins interrogés pensent que l'exercice de la profession en bureau leur coûte de l'argent s'ils doivent travailler en salle d'urgence. Le compteur des frais généraux continue de tourner qu'ils soient « au bureau » ou non.

- ✓ Tous les groupes de médecins interrogés pensent qu'ils ne bénéficient pas d'une planification des effectifs stable et ils s'inquiètent de ne pas être en mesure de garantir des services d'urgence ininterrompus.

- ✓ Tous les groupes de médecins interrogés conviennent que le tarif minimum pour travailler à l'urgence devrait être augmenté à 111 $ de l'heure. Il faudra un tarif majoré pour les remplaçants. Ils convenaient également que les médecins qui ont une formation supplémentaire de FRCPC ou du CMFC (UR) devraient avoir une prime en plus du tarif pratiqué.

- ✓ Tous les groupes de médecins interrogés croient qu'ils ont besoin d'une méthode plus standardisée en matière de médecine d'urgence fondée sur les résultats cliniques et scientifiques pour les problèmes courants, par exemple pour les cas de thrombose veineuse profonde, d'embolie pulmonaire, de grossesse extra-utérine, de pneumonie, d'infarctus du myocarde, etc.

- ✓ Tous les groupes de médecins interrogés se plaignaient des problèmes de transfert des patients des hôpitaux communautaires aux établissements régionaux et tertiaires. La majorité des plaintes concernaient le système de répartition médicale qui se trouve à Moncton. Les médecins ont tout particulièrement mentionné les points suivants : manque de connaissances du répartiteur concernant la géographie, les ressources locales et les difficultés inhérentes au

traitement en milieu rural de patients dont l'état est instable. Les médecins pensent que cette situation a des répercussions sur la qualité des soins dont ils assurent la prestation.

- ✓ Tous les groupes de médecins interrogés ont exprimé le désir d'avoir un plan provincial standardisé de traitement des traumatismes pour simplifier l'accès et le transfert des victimes de traumatismes.

- ✓ Tous les groupes de médecins interrogés s'inquiétaient de ce que les programmes de formation médicale ne tenaient pas compte des besoins en milieu rural.

- ✓ Tous les groupes de médecins interrogés convenaient que les infirmières exerçant à un niveau avancé ont un rôle à jouer dans la prestation des soins primaires.

- ✓ Tous les groupes de médecins interrogés tenaient à leur hôpital et pensaient que la pratique de la médecine en milieu hospitalier faisait partie intégrante des soins de santé primaires intégrés.

- ✓ Tous les groupes de médecins interrogés pensaient que la rémunération du travail effectué en établissement hospitalier n'était pas adéquate et qu'elle décourageait les médecins de demander des droits hospitaliers.

- ✓ Tous les groupes de médecins interrogés pensaient que l'accès aux services secondaires et tertiaires de la collectivité étaient essentiel à la survie des soins primaires.

- ✓ Tous les groupes de médecins interrogés pensaient que Télé-Soins Nouveau-Brunswick fait augmenter le nombre de patients qui demandent des consultations en salle d'urgence. Les médecins demandent que l'on réaffecte des ressources aux salles d'urgence communautaires et ils veulent que l'on adopte une loi pour changer le champ d'application des soins infirmiers afin qu'ils répondent mieux aux besoins locaux, car selon eux, les infirmières les connaissent mieux. La preuve fournie pour les demandes de remboursements d'honoraires médicaux était anecdotique. Une firme indépendante a effectué un sondage provincial des bénéficiaires pour évaluer la satisfaction des patients, mais l'on n'a pas effectué d'analyse coût-utilité de Télé-Soins.

Évaluer l'importance de chacun de ces éléments par rapport à l'autre sur les questions de dotation en personnel des services de salles d'urgence et leur donner un ordre de priorité.

Dans le cadre du mécanisme actuel de paiement des honoraires à l'acte, on dit que la coordination est insuffisante pour veiller à ce que les *bons* fournisseurs se trouvent aux bons endroits pour fournir les bons services. Il est évident qu'il y a des problèmes de soins primaires dans de nombreux milieux urbains. Pour leurs soins primaires, les citadins canadiens ont le choix entre les cliniques sans rendez-vous, les salles d'urgence, le médecin de famille, le pédiatre et le gynécologue. De tels choix peuvent se traduire par des prestations de soins fragmentées et, par conséquent, coûteuses et souvent non coordonnées. De plus, exception faite des salles d'urgence, l'accès à des soins fiables 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 est limité. La seule constante, dans l'« environnement en constante évolution » des soins de santé à l'heure actuelle, est que les patients

peuvent avoir accès au système par les services d'urgence. À vrai dire, plus de 50 % de toutes les admissions en hôpital se font par la salle d'urgence.[3]

Les soins primaires en milieu rural sont en difficulté en raison de la juxtaposition de deux approches : A) Les médecins choisissent d'exercer en bureau dans un milieu urbain à cause du mode de vie, du potentiel de profit accru par rapport au travail en salle d'urgence et du fait qu'ils ne sont pas à l'aise de par leur formation théorique pour exercer la médecine rurale, en particulier quand il s'agir de travail à l'urgence sans suppléant. B) Augmenter la rémunération du travail en salle d'urgence suscitera une concurrence pour obtenir les rares ressources, ce qui aggravera le problème de l'exercice de la profession en bureau dans un milieu rural. On blâmera le gouvernement d'améliorer les conditions en salle d'urgence sans traiter les problèmes fiscaux implicites de l'exercice de la médecine rurale en bureau.

Voici les facteurs qui ont conjointement compromis la prestation de soins de santé accessibles dans les zones rurales du Nouveau-Brunswick :

- Formation
- Aspect financier
- Mode de vie
- Attentes

Tenter de faire grand cas d'un de ces facteurs au détriment des autres ne reconnaît pas le fait que chacun d'eux contribue au problème à un degré très important. En éliminer un pourrait temporairement améliorer le problème, mais à moins de s'occuper des autres problèmes, le soulagement sera de courte durée. Tous les établissements visités ont mentionné ces points faibles.

Formation

La formation des professionnels de la santé est un problème complexe. Il y a des arguments pour et contre la formation à cause du « manque » de personnel médical et paramédical. Par exemple, en soins infirmiers, l'abolition du programme de formation de deux ans, au profit du programme du baccalauréat de quatre ans qui comporte davantage d'enseignement théorique, est souvent citée comme étant la raison de l'existence d'une pénurie d'infirmières. Les tenants du changement diront que la complexité des soins infirmiers, avec leurs innovations technologiques et les responsabilités accrues, a inévitablement conduit à un changement. De même, la formation des médecins a radicalement changé non seulement pour ce qui concerne le temps passé à l'école de médecine, mais peut-être encore plus en ce qui concerne l'accent mis sur les aides au diagnostic et sur la façon dont les spécialistes et les équipes en dépendent pour traiter les patients.

Au début des années 90, les décisions prises par les services de délivrance des permis provinciaux ou territoriaux, en conformité avec les positions prises par la Fédération des ordres des médecins du Canada et le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC), ont conduit au remplacement de l'« année d'internat par rotation » par deux années de résidence en médecine familiale à titre d'exigence minimale pour obtenir un permis. Cette option était structurée comme un choix à deux volets : une résidence dans une spécialité conduisant à une certification par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada ou bien une résidence de deux années en médecine familiale conduisant à une certification par le CMFC. Cette mesure a eu trois conséquences immédiates.

Premièrement, les personnes qui auraient terminé un internat par rotation sous l'ancien régime et poursuivi en faisant de la médecine familiale, étaient désormais tenues de faire une seconde année de formation. Mais il semble que l'on ait fait (dans le centre d'études sur la santé) peu d'ajustements concernant l'ensemble des postes de résidence, bien que le Comité national de coordination de la formation médicale postdoctoral ait recommandé de faire des réaffectations. Cette mesure a eu pour conséquence d'orienter moins de résidents vers la médecine générale.

Deuxièmement, et c'est probablement ce qui est le plus important, on constate que la réserve de médecins remplaçants s'est tarie littéralement du jour au lendemain. Certains médecins ont choisi d'exercer en zone rurale pour rembourser les dettes contractées pendant leurs études avant d'entrer en résidence. D'autres ont choisi de rester, mais même pour ceux qui ne l'ont pas fait, l'exercice de la médecine rurale a non seulement augmenté les effectifs médicaux existants, mais il a également sensibilisé les personnes aux rigueurs de la pratique de la médecine rurale.

Troisièmement, l'élimination de l'internat par rotation a eu tendance à forcer la main aux médecins pour prendre, plus tôt que prévu, des décisions concernant la spécialité à laquelle consacrer leur carrière. Bien qu'il soit certainement possible de changer de spécialité en cours de formation et de faire une formation de réintégration, et bien que cela se produise effectivement, le système actuel est perçu comme étant relativement opposé aux personnes qui changent d'avis. Par exemple, un jeune médecin qui, dans le cadre de l'ancien système, aurait pu envisager de faire de la médecine générale pendant un certain nombre d'années avant de finalement décider quelle spécialité prendre (et qui aurait pu éventuellement choisir une région rurale ou éloignée pour y exercer la médecine générale) se trouve désormais dans un environnement beaucoup plus restrictif; si cette personne pense à devenir spécialiste, il vaut mieux en faire le choix tôt (lors de la troisième année du programme de premier cycle) – les régions rurales et éloignées perdent donc des médecins au cours de ces premières années de médecine générale. Il faudrait peut-être se poser une question plus fondamentale : Est-il raisonnable de demander à une personne qui a en moyenne 25 ans de faire un choix de carrière fondamental au bout de deux ans d'études supérieures, alors qu'elle a très peu d'options d'en changer le cours?

Les questions de compétence relative ou de savoir à qui reprocher les possibilités réduites de formation en médecine générale pourrait constituer des sujets de discussion. Plutôt que de désigner un responsable du doigt, il est important d'attirer l'attention sur les réalités actuelles, qui semblent être qu'il y a moins de diplômés canadiens qui ont une formation de généraliste, avec (au moins dans certains cas) moins de confiance et de compétence pour les types de formation requis pour l'exercice de la médecine en zones rurales et éloignées. Cela ne peut qu'ajouter aux difficultés des collectivités rurales et éloignées.

Il y a une autre école de pensée. Dans certains secteurs de la médecine d'urgence, on croit que seul les spécialistes accrédités dans cette discipline devraient fournir des soins d'urgence. L'Association canadienne des médecins d'urgence ainsi que l'American Association of Emergency Room Physicians admettent que les programmes actuels de formation ne peuvent pas fournir le volume de personnes accréditées requises pour doter en personnel les salles d'urgence canadiennes. Cela vaut tout particulièrement pour celles qui sont en milieu rural. On peut cependant observer que l'on demande aux urgentologues d'accepter la responsabilité de traiter des patients qui, par le passé, relevaient exclusivement de la sphère de compétence de la chirurgie, de l'orthopédie, de la

médecine interne et de l'anesthésie. L'intubation à séquence rapide, la sédation-analgésie, les réductions d'articulations et de fractures importantes, la cardioversion électrique sont des exemples de traitements nécessitant une formation spécialisée Des centres qui ont de toute évidence un plus grand nombre de malades aigus, comme l'Hôpital régional de Saint-Jean, nécessitent d'avoir des personnes qui ont ces compétences spécialisées. La recherche et l'enseignement sont des fonctions importantes des médecins des salles d'urgence. Il est nécessaire de faire participer davantage ces derniers à l'enseignement pour qu'ils forment des médecins aptes à exercer la médecine d'urgence afin qu'ils soient à l'aise en milieu rural et qu'ils génèrent avec leurs pairs une recherche fondée sur les résultats cliniques et scientifiques. Ces activités non cliniques sont précieuses et doivent être accomplies par des personnes qualifiées.

Les médecins de famille devront participer à la fourniture de soins d'urgence dans un avenir prévisible. Étant donné que les programmes de formation ne peuvent pas fournir le personnel nécessaire pour doter toutes les salles d'urgence régionales et de soins tertiaires, il semblerait logique d'obtenir l'accréditation grâce à un programme d'encadrement qui conduirait à l'admission à l'exercice de la profession via le Collège des médecins de famille du Canada. L'équilibre adéquat, en salle d'urgence, entre le nombre de personnes accréditées et les médecins de famille demeure incertain. Il est évident qu'à l'heure actuelle, des médecins de famille bien formés traitent de façon sécuritaire la majorité des patients vus en salles d'urgence. À vrai dire, il est prouvé qu'un tiers des patients pourraient être vus en toute sécurité par des infirmières adéquatement formées dans le cadre d'un modèle de partage des soins, si l'expérience des soins infirmiers dans le Nord et dans les régions éloignées de la province devait servir de référence.[9] Nous ne disposons pas de preuves publiées qui semblent indiquer que les patients des niveaux IV et V de l'échelle canadienne de triage et de gravité vus par des médecins de famille dans la majorité des salles d'urgence du Canada avaient des résultats pires que ceux qui étaient vus par du personnel accrédité.

Mode de vie

De récents sondages de jeunes médecins de famille, citant le mode de vie comme principal facteur inhibiteur, indiquent qu'ils ne souhaitent pas exercer dans des régions éloignées. Les programmes de formation insistent sur la nécessité, pour les médecins, de se protéger contre l'épuisement professionnel et les obligations excessives. L'exercice de la médecine rurale, avec sa polyvalence, a tendance à entraîner les jeunes médecins dans bien des directions que des personnes essentiellement formées en milieu urbain ne connaissent pas. D'autres pays aux prises avec le manque de médecins ruraux ont reconnu ce fait. Par exemple, l'Australie exige que les personnes qui font candidature pour la « formation en milieu rural » proviennent de régions rurales et elle s'assure que la majorité de leur formation se déroulera en milieu rural avec des spécialistes et des médecins de famille qui vivent dans cet environnement. Cette observation n'a pas été perdue pour les éducateurs de l'Ontario qui ont récemment annoncé la création d'une Northern Medical School qui sera située dans le Nord de l'Ontario.

Dans son aperçu sur les petits hôpitaux ruraux de l'Ontario, Scott[2] suggérait que la fréquence maximale de garde pour les médecins qui assurent les services d'urgence en milieu rural soit de 1 sur 5. Les hôpitaux ruraux qui offrent des services de chirurgie et d'obstétrique auront aussi des médecins de garde pour l'obstétrique, l'anesthésie ou la chirurgie à des fréquences supérieures à

celles des services d'urgence. Les spécialistes dans les centres d'aiguillage ruraux plus importants pourraient aussi être de garde « tout le temps » car ils travaillent souvent seuls.

Il existe au moins deux méthodes différentes d'instaurer des directives pour calculer la fréquence maximale des gardes : 1) le minimum d'heures de repos et 2) le maximum d'heures de travail. Bien qu'il soit vrai que, dans bien des cas, les médecins puissent effectuer leur garde à partir de chez eux ou à l'hôpital et qu'ils dorment souvent pendant une partie de celle-ci, il est important de veiller à ce que toute ligne directrice s'adapte à la situation dans laquelle le médecin s'occupe activement des patients pendant toute la durée de sa garde.

Durée minimale du repos

Après une journée de travail de 24 heures, les médecins devraient prendre au moins une journée complète de repos. En utilisant la recommandation qui vaut pour les pilotes d'avion de prendre au moins deux nuits de repos par journée de travail, il faudrait un minimum de quatre médecins pour assurer un service sans interruption. Il faut trois médecins pour mettre sur pied un horaire qui donne deux nuits de repos avant la garde suivante. Le quatrième médecin permet à tous les participants de prendre du repos pour les congés, pour suivre de la formation ou comme congé de maladie.[8] Ce système vaut pour les salles d'urgence à faible volume (environ 10 000 visites par an).

Durée maximale du travail

En prenant le maximum annuel de 900 heures de durée de vol qui est recommandé pour les pilotes, il faudrait 10 médecins pour assurer un service de 24 heures pendant une année. Ou bien, si l'on suppose que l'on ne devrait pas s'attendre à ce que les médecins fassent plus que l'horaire standard de 37,5 heures par semaine, avec quatre semaines de congé et deux semaines de congé de formation par an, il faudrait au moins 5 ETP de médecins pour assurer les 8 760 heures de l'année en supposant qu'ils n'assument aucune autre responsabilité clinique ou administrative. De toute évidence, on peut interpréter individuellement l'intensité du travail, le degré de responsabilité associé au travail et la quantité de repos nécessaire pour demeurer vigilant et ne pas être affecté par le manque de sommeil. Cela est illustré par le contraste entre les normes de travail des pilotes et des autres personnes. La méthode des « heures de travail » est la façon la plus raisonnable de calculer un maximum de fréquence des gardes, parce qu'elle tient compte de la charge totale de travail au cours d'une année. Le scénario de cinq ETP de médecins effectuant une semaine de travail standard, y compris la permanence de nuit, est raisonnable et devrait être considéré comme une norme minimale de soins. Lorsque les collectivités rurales n'ont pas cinq médecins auxquels elles peuvent faire appel, des collectivités voisines peuvent partager leurs services de garde. La distance maximale entre les collectivités qui participent à un « service réciproque » devrait faire l'objet d'une autre ligne directrice. Par exemple, le Collège des médecins et chirurgiens du Manitoba recommande une durée de 30 minutes ou une distance de 50 kilomètres pour des services d'urgence. Le volume est l'autre agent modificateur dont il faut tenir compte : 20 000 visites par an à 15 minutes par intervention nécessitent que les médecins y consacrent 5 000 heures, soit 3 ETP de médecins.

Une autre option pour les collectivités isolées qui ont moins de cinq médecins consiste à avoir de fréquentes relèves assurées par des remplaçants. Cette relève pourrait être assurée sous forme de services suffisants pendant les fins de semaine et les congés afin de donner une charge de travail individuelle moyenne équivalente à un tableau de service de cinq médecins. Manifestement, il devrait y avoir des incitations financières adéquates pour attirer des remplaçants et l'on se demande s'il y aura assez de « personnes qui seront chaudes » pour ce faire. La Nouvelle-Écosse a eu d'énormes problèmes avec son programme de remplaçants.

Il peut y avoir d'autres options créatives, mais la solution extrême et la moins souhaitable pour de telles collectivités qui souffrent de pénuries d'effectifs consiste à avoir des périodes au cours desquelles aucun médecin n'assure les services. Cela nécessiterait que certaines collectivités aient des attentes moins grandes en ce qui concerne la disponibilité des médecins et qu'elles respectent les absences autorisées de leurs médecins. Bien que ce ne soit pas une solution idéale, cela pourrait faire la différence entre avoir un médecin de temps en temps et ne pas en avoir du tout.

Aspect financier

À l'heure actuelle, l'argent est la pierre de touche de la médecine rurale. Constituant souvent une solution à court terme pour de nombreux problèmes, elle ne résoudra pas la problématique du mode de vie et de la formation qui empêche les médecins d'opter pour la médecine rurale. Ceci dit, la valeur du travail accompli est liée à « l'estime de soi ». Les médecins qui constatent qu'ils ont une plus grande responsabilité, font de plus longues heures de travail et ont moins de temps à consacrer à leur famille, ont le sentiment que la société n'apprécie pas leur travail quand ils sont moins rémunérés qu'une personne qui fournit moins de valeur ajoutée. C'est là le débat du modèle entre les zones urbaines et rurales qui a donné naissance à un nouveau militantisme dans l'exercice de la médecine rurale. Des organismes politiques ont surgi dans toutes les provinces pour traiter les deux aspects du débat et le gouvernement est pris au milieu. Pour compliquer les choses, on admet que les sociétés médicales représentent leurs membres de façon démocratique et que, lorsqu'on les charge de répartir un montant d'argent limité, elles le feront pour servir les besoins de la majorité, à savoir les médecins de famille et les spécialistes qui exercent en milieu urbain.

L'équité est devenue une cause célèbre pour tous les intéressés. Les patients des régions rurales croient qu'ils méritent le même accès à des soins de qualité que les patients des zones urbaines. La situation géographique et le manque de ressources se combinent pour contrecarrer l'accès égal aux soins de santé qui est garanti par la *Loi canadienne sur la santé.*

Par parenthèse, l'équité et la parité constituent le débat « monétaire ». De toute évidence, il existe dans notre pays une disparité, dans tous les secteurs du commerce, entre les provinces nanties et celles qui ne le sont pas, et la médecine ne fait pas exception. Les Provinces maritimes sont prises dans une guerre de soumissions et se trouvent dans un marché vendeur. À un certain moment, il faudra définir la capacité ou l'incapacité de payer. Il est gênant que les régions d'une province, chargée de la prestation d'un niveau de services défini par mandat, se livrent à une concurrence mutuelle en matière d'appels d'offres. Il est naïf de suggérer que les médecins devraient s'élever au-dessus de cette approche visant à améliorer leur sort économique. Croire que la marmite est sans fond est délirant. À un certain moment, le payeur (le gouvernement au nom de la population) devra savoir où s'arrêter. Dans sa hâte à le faire, il doit reconnaître qu'il y a des inégalités et qu'il est peu

probable que les structures actuelles en viennent à bout, vu l'expérience passée et la nature humaine. Il faut prendre de dures décisions et il est possible qu'elles aient des conséquences néfastes.

En 2000-2001, les médecins de Tracadie-Sheila qui assuraient les services d'urgence 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, gagnaient une moyenne de 69,99 $ de l'heure, alors que ceux qui travaillaient au Moncton Hospital et à l'Hôpital régional de Saint-Jean gagnaient une moyenne de 102 à 130 $ de l'heure. Il existe des précédents d'interventions gouvernementales pour remédier aux inégalités dans l'exercice de la médecine rurale. [10,11] Dans chaque cas, les gouvernements de Colombie-Britannique et d'Alberta ont complété le système de rémunération pour régler les problèmes de garde. La Nouvelle-Écosse a fait la même chose en 1997 avec le Rural Stabilization Fund. Le tableau XXI fait la comparaison entre les salles d'urgence et illustre le marché concurrentiel.

Tableau XXI
Rémunération en salle d'urgence

Lieu	Méthode	Rémunération	Heures ETP/travail
QE II (Halifax)	Plan de compensation	120 $/h	de 26 à 28
Hôpital Civic d'Ottawa	Honoraires à l'acte	120 à 170 $/h	22
Kingston	Plan de compensation	200 000 $/an	28
St. Michael's (Toronto)	Plan de compensation	120 $/h	26
Toronto Hospital	Plan de compensation	120 $/h	26
CSS de Winnipeg	Salaire/honoraires à l'acte	150 000 $ + honoraires à l'acte	26
Regina	Tarif pour vacation	102 à 117 $/h	32
Edmonton	Honoraires à l'acte	180 000 $	de 24 à 28
Victoria	Salaire	168 000 $	30
Saint-Jean (T.-N.)	Tarif pour vacation, honoraires à l'acte, plan d'exercice de la médecine	90 $/h*	28

* En cours de négociation

La section de la médecine d'urgence du Nouveau-Brunswick a recommandé un tarif standardisé de 125 $ de l'heure pour chaque heure passée en salle d'urgence, y compris pour les activités connexes de travail non clinique, avec une prime pour le personnel accrédité. La Société médicale du Nouveau-Brunswick a rejeté cette proposition. Il faut reconnaître que certains médecins perçoivent déjà des sommes supérieures à ce tarif et toute réduction provoquera des menaces de départ. Ne pas régler le problème de la disparité dans la province suscitera également un malaise. L'Ontario est une illustration de la situation et des problèmes implicites auxquels le gouvernement fait face (figure 4).

Figure 4

L'expérience ontarienne

Après les recommandations de Scott et avant l'instauration de la méthode de plan de compensation pour les salles d'urgence pour payer les services des médecins, les hôpitaux se sont livrés à une guerre de soumissions pour avoir des généralistes afin d'assurer les services d'urgence en Ontario. Les médecins vendaient leurs services au plus offrant et cette situation n'était pas sans rappeler celle qui a conduit à la fermeture de l'Hôpital de Tracadie en juin de cette année. Il s'est alors produit une escalade des honoraires (dans les régions à la portée des migrants économiques provenant des villes) qui comportait le risque de ne pas assurer le service.

Le gouvernement est intervenu en proposant de généreux contrats qui précisaient les montants d'argent. Il a demandé la collaboration immédiate des médecins et il était prêt à payer pour régler les autres problèmes. Le gouvernement avait stipulé que les hôpitaux n'offriraient pas de supplément aux montants alloués. Par exemple, au Temiskaming Hospital, plusieurs groupes de médecins totalisant près de 20 personnes ayant des droits hospitaliers et 15 ayant des droits pour les salles d'urgence, assureraient les services de la salle d'urgence 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 à raison de 130 $ de l'heure (pour environ 25 000 visites par an). Dans cet hôpital, l'offre actuelle est un mélange d'une part d'honoraires à l'acte et d'une proportion d'une somme de 75 000 $ pour assurer le service d'obstétrique, et d'autre part d'honoraires à l'acte et d'une somme de 75 000 $ partagée par le groupe qui s'occupe des malades hospitalisés.

Une entente similaire a eu lieu à Dryden, dans le Nord-Ouest de l'Ontario. Six médecins ont quitté la collectivité, les autres ont été incapables de maintenir le service d'urgence et il n'y avait pas de remplaçants disponibles.

D'autres collectivités ont également été frappées. De nombreux médecins ont fermé leur bureau et se contentent de faire de la médecine d'urgence – ils n'ont pas de frais généraux et lorsqu'il y a suffisamment de médecins, la question du mode de vie devient plus pratique. D'autres services, comme les services aux malades hospitalisés, l'obstétrique et l'unité des soins intensifs, ont souffert de ce que les médecins refusaient des affectations transfonctionnelles à moins d'être indemnisés. Le Nouveau-Brunswick en est à la première phase du processus. Comme l'on s'y attend, si l'Ontario est le secteur de pointe, lorsqu'on augmentera l'indemnité du service d'urgence, cela occasionnera des ravages dans l'exercice de la médecine en bureau.

Attentes

Tout le monde attend davantage d'un système dont les ressources sont limitées. Est-il pertinent que chaque résidant de la Région 6 se rende deux fois par an au service d'urgence? Le gouvernement et la population ont besoin d'entamer un dialogue sur les attentes et sur la capacité de satisfaire les besoins du public. Le gouvernement doit préciser quels sont les services qu'il est prêt à prendre en charge et où ils doivent être fournis; il doit également déterminer ce qu'il peut se permettre de payer pour ces services. Il est évident que l'on ne peut pas maintenir le niveau actuel de services avec l'enveloppe budgétaire qui est prévue à l'heure actuelle pour le financement.

Les facteurs susmentionnés ont des déterminants à court et à long termes. Dans l'immédiat, la difficulté consiste à doter en personnel les salles d'urgence que le gouvernement a désignées comme devant fournir des services 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. En se référant à l'expérience du monde des affaires, où la concurrence pour des ressources peu abondantes est souvent la règle, seul l'argent attirera le personnel nécessaire pour doter les salles d'urgence à court terme. Toutefois, dans une conjoncture de marché vendeur, l'avantage appartient au vendeur. Le gouvernement devra décider si oui ou non il devra fermer un service plutôt que de payer pour satisfaire les exigences des médecins. L'analyste s'inquiète du fait que le niveau de soins pré-hospitaliers n'est pas prêt pour faire face au transfert d'un grand nombre de patients et cela accroîtra ainsi la morbidité et la mortalité. Du reste, la fermeture d'une salle d'urgence comporte des problèmes précis :

- Des médecins doivent demeurer disponibles pour s'occuper des malades hospitalisés.
- Les ressources de la salle d'urgence qui assure la réception des patients peuvent ne pas être en mesure de faire face à d'importantes augmentations de volumes.
- Des résidants continueront de se présenter pour recevoir des soins à l'établissement de leur localité avec des états pathologiques qui mettent leurs jours en danger.

À long terme, le gouvernement devra demander à la population s'il est raisonnable d'avoir des médecins comme uniques fournisseurs de services de soins primaires et s'il est raisonnable de donner accès à des soins d'urgence via des hôpitaux situés à 30 minutes l'un de l'autre et fonctionnant 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.

Recommandations

Dans l'immédiat (un mois)

I. Le ministère de la Santé et du Mieux-être doit réexaminer son engagement à fournir des services d'urgence aux résidants desservis par les hôpitaux visés par la présente enquête.

II. Il faut trouver une solution immédiate à court terme pour stabiliser les effectifs médicaux des salles d'urgences étudiées. Pour attirer des remplaçants dans les régions insuffisamment desservies, il faudra une prime majorant le tarif de 20 % dans les établissements qui ont moins de huit médecins sur le tableau de service. De plus, les coûts afférents aux déplacements et à l'hébergement doivent être couverts pour les remplaçants qui parcourent des distances de plus de 100 kilomètres.

III. Les soins primaires ruraux sont en difficultés sur deux plans : A) Accroître l'indemnisation du travail en salle d'urgence suscitera de la concurrence pour se procurer des ressources peu abondantes. B) Les programmes de formation ne produisent pas les volumes requis pour satisfaire les demandes en effectifs. Le ministère de la Santé et du Mieux-être a besoin de faire progresser de toute urgence la réforme des soins de santé primaires en se concentrant sur d'autres modèles de soins dans lesquels les fournisseurs de soins de santé ont plus de responsabilité en gestion de première ligne, de préférence en faisant équipe avec des médecins.

À long terme (6 mois)

IV. Il faut définir le ratio des médecins de famille par rapport aux FRCPC ou aux membres du CMFC (UR) qui travaillent dans les salles d'urgence du Nouveau-Brunswick, en factorisant le niveau de gravité et les objectifs spécifiques du ministère de la Santé et du Mieux-être.

V. Le ministère de la Santé et du Mieux-être doit définir la valeur du travail non-clinique dans les salles d'urgence du Nouveau-Brunswick. L'assurance de la qualité, l'enseignement, la recherche, la planification des effectifs et l'élaboration de protocoles sont tous de précieux services requis pour assurer que les « meilleures pratiques » sont la pierre angulaire de la médecine d'urgence. Ces services doivent être rémunérés en dehors de la structure tarifaire. Il faudrait constituer un comité représentant les médecins de salle d'urgence, le ministère de la Santé et du Mieux-être et les bénéficiaires des soins de santé pour s'occuper de déterminer la valeur du travail non-clinique.

VI. Il faudrait instaurer, dans un délai d'un mois, un tarif provincial standardisé pour la médecine d'urgence. Pour éviter l'exode vers les autres provinces et territoires, le tarif minimum ne peut pas être moins de 2 600 $ par jour (pour une garde de 24 heures) pour les salles d'urgence qui comptent 30 000 visites de patients ayant fait l'objet d'un triage. Pour

les salles d'urgence dont le volume est inférieur à 30 000 visites, le tarif ne devrait pas être inférieur à 2 200 $ par journée. Dans certains cas, cela représentera une augmentation de 64 % (Tracadie-Sheila). Les médecins qui occupent des postes de chef ou qui ont une formation supplémentaire [FRCPC et CMFC (UR)] devraient recevoir respectivement une prime de 15 et 10 % en sus du tarif. Cela contribuerait à encourager davantage de médecins de famille à devenir accrédités en obtenant le droit d'exercer. Il faut admettre que, même avec un tarif standardisé, certaines salles d'urgence resteront difficiles à doter en personnel et il pourra s'avérer nécessaire de verser la prime mentionnée à la recommandation II pour atteindre les niveaux souhaités de dotation en personnel. Les salles d'urgence dont les volumes sont sensiblement plus élevés ou qui ont des cas d'une plus grande gravité nécessitent davantage d'effectifs. Il existe des formules de charge professionnelle validées pour corroborer les exigences en dotation en personnel.

VII. Les grandes salles d'urgence qui s'occupent de soins tertiaires, doivent avoir des plans concernant l'exercice de la médecine, fondés sur des analyses de rentabilisation viables dont le but est de fournir des services opportuns, fondés sur les résultats cliniques et scientifiques et de façon rentable. Ces plans devraient fournir des niveaux d'effectifs viables en tenant compte du perfectionnement professionnel et du cheminement de carrière dans le contexte du recrutement et de la conservation d'un personnel suffisant dont la combinaison des habiletés répond aux besoins de l'établissement ou de la région sanitaire.

VIII. Il faudrait constituer un comité provincial des services d'urgence comportant des représentants du ministère de la Santé et du Mieux-être, des établissements tertiaires, régionaux et communautaires, et dont le mandat consisterait à standardiser toutes les activités concernant la prestation des services d'urgence. Ce mandat devrait comprendre la planification des effectifs, la tarification, la standardisation du triage, l'élaboration de protocoles, la disparité régionale, l'élaboration des dossiers électroniques des patients, la télé-urgence, la gestion de la traumatologie et les soins pré-hospitaliers. Cet organisme provincial pourrait être mandaté pour signer des contrats avec les médecins et d'autres groupes de fournisseurs de soins afin d'assurer les services des salles d'urgence.

IX. Il faut s'occuper immédiatement d'alléger l'atmosphère chargée de la région de Tracadie-Sheila. Les commentaires sur les obligations éthiques et morales du travail des médecins, attribués aux dirigeants communautaires, aux administrateurs des services de santé et aux représentants des gouvernements, ont compromis les chances d'instaurer, avec les médecins qui assurent à l'heure actuelle la prestation des services à l'Hôpital de Tracadie, des relations de travail fondées sur la collaboration.

X. La solution à long terme pour fournir des soins de santé primaires intégrés nécessite d'incorporer des modèles de diversification des modes de prestation des services dans le modèle des soins de santé. Il faut adopter une loi pour parer à un déploiement plus facile de ces ressources dans les collectivités rurales.

XI. Il faut un programme d'information du public pour traiter de la question du recours inopportun aux salles d'urgence.

XII. Le ministère de la Santé et du Mieux-être doit entreprendre une analyse coûts-avantages des Télé-Soins en ayant recours à un évaluateur indépendant et en utilisant une méthodologie qui garantit une large participation des intéressés. Étant donné le degré de méfiance au niveau local, il est important que le fournisseur de soins soit autonome.

Références

1. Conseil du premier ministre sur la qualité des soins de santé. *Le système de santé actuel*, rapport intérimaire (printemps 2001).

2. BUSKE, L.M., S.N. Yager, O.B. Adams, L. Marcus et F.A. Lefebvre (pour le compte de l'Association médicale canadienne, projet du groupe consultatif sur la problématique de la pratique médicale en zones rurales et éloignées). *Rural Community Development Tools from the Medical Perspective. A National Framework on Rurality and Projections for Physician Workforce Supply in Rural and Remote Areas of Canada*, rapport présenté à Santé Canada, avril 1999.

3. MCKENDRY, D[r] Robert. *Les médecins de l'Ontario : Trop ou pas assez? L'an 2000 et au-delà*, ministère de la santé et des soins de longue durée de l'Ontario, décembre 1999.

4. SCOTT, G.W.S. *Small/Rural Hospital Emergency Department Physician Service*, étude commandée par le ministère de la santé de l'Ontario, l'Ontario Medical Association et l'Ontario Hospitals Association, mars 1995.

5. Barer, Morris L. et Greg L. Stoddart. *Improving Access to Needed Medical Services in Rural and Remote Canadian Communities: Recruitment and Retention Revisited*, document de travail préparé pour le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur les ressources en santé, juin 1999.

6. CANADA. STATISTIQUE CANADA. *Dictionnaire du recensement de 1996* (n° de catalogue 92-351-XPF), disponible par l'entremise d'Aide-Géo au (613) 951-3889 ou par courriel : geohelp@statcan.ca.

7. *Saint John Regional Practice Plan*, 1999-2000.

8. LEDUC, Dr Eugène, CCFP, Creston, C.-B., président du comité sur les conditions de travail et les ressources médicales de la Société de la médecine rurale du Canada. « Physician On-Call Frequency: A Discussion Paper », Société de la médecine rurale du Canada, *Journal canadien de la médecine rurale*, vol. 3, n° 3, 1998, p. 139-141.

9. *Nurse Practitioners and Rural Medicine: Voices From the Field*, rapport du colloque spécial d'une journée de la SMRC, mai 1998, cinq résolutions approuvées par les participants au colloque.

10. *Rapport Dobbin*. Détails d'une offre de la Colombie-Britannique en 1998 qui verse une prime pour la garde en salles d'urgence à faible volume, la garde des généralistes et anesthésies et d'autres services.

11. *Rural Physician Action Plan (RPAP)*. Recommandations pour un nouveau programme de rémunération de la garde en milieu rural – protocole d'accord – détails de l'offre de l'Alberta de septembre 1998 qui verse une prime pour les gardes en salles d'urgence à faible volume.

REMERCIEMENTS

À Monsieur Jean Castonguay, sous-ministre adjoint à la Santé et au Mieux-être, et à son personnel pour les renseignements et le soutien logistique fournis.

L'analyste désire tout particulièrement remercier les médecins et le personnel administratif régional qui lui ont consacré beaucoup de temps malgré un très court préavis.